

Année 1966

THÈSE

353

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Roger MORAND

Né le 28 mai 1930 à Mègeve (Haute-Savoie)

Interne des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 2 mai 1963

"CANCERS DE LA COMMISSURE INTERMAXILLAIRE
ETUDE ANATOMO-CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE"

Président : M. AUBRY, Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1966

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Roger MORAND

Né le 28 mai 1930 à Mégève (Haute-Savoie)

Interne des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

2 mai 1963

"CANCERS DE LA COMMISSURE INTERMAXILLAIRE
ETUDE ANATOMO-CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE"

Président : M. AUBRY, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41533912_0018

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutailis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.

1^{er} ASSESSEUR } Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS**1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES****a) Professeurs titulaires :****MM.**

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale
Thérapeutique
Thérapeutique appliquée

MM.
CAUCHOIX (J.)
CONTE (M.)
LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique
Anatomie pathologique
Bactériologie

OLIVIER (G.)
NEZELOF (Ch.)
BARBIER (P.)
DESGREZ (P.)
DREYFUS (J.-Cl.)

Biochimie médicale

BOURLIÈRE (F.)

Biologie médicale

COUJARD (R.)

Histologie

LARIVIÈRE (M.)

Parasitologie

LOEPER (J.)

Pathologie expérimentale

RICHET (G.)

DEJOURS (P.)

Physiologie

ROUCAYROL (J.-Cl.)

SCHERRER (J.)

KELLERSHOHN (L.)

Physique médicale

GOUGEROT (L.)

TUBIANA (M.)

Radiologie médicale

FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)

REDON (H.)

Clinique cardiologique (Broussais)

SOULIÉ (P.)

— — (Boucicaut)

LENÈGRE (J.)

Beaujon

LORTAT-JACOB (J.-L.)

—

N...

Cliniques chirurgicales

Cochin

LEGER (L.)

Hôtel-Dieu

PATEL (J.)

Saint-Antoine

GOSSET (J.)

Salpêtrière

SICARD (A.)

Tenon

OLIVIER (Cl.)

Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)

MERLE d'AUBIGNÉ (R.)

(Foch)

PADOVANI (P.)

Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)

FÈVRE (M.)

Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)

DUBOST (Ch.)

Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)

MATHEY (J.)

Clinique dermatologique (Saint-Louis)

DUPERRAT (F.)

Clinique endocrinologique (Pitié)

DECOURT (J.)

Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)

LAMY (M.)

Clinique gynécologique (Broca)

HUGUIER (J.)

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)

DEGOS (R.)

Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)

TURPIN (R.)

Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)

MOLLARET (P.)

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)

DELAY (J.)

Clinique des maladies métaboliques (Necker)

HAMBURGER (J.)

Clinique des maladies du sang (Broussais)

BERNARD (J.)

Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)

CASTAIGNE (P.)

Bicêtre

DEPARIS (M.)

Broussais

MILLIEZ (P.)

Cochin

BROUET (G.)

Cliniques médicales

Hôtel-Dieu

BARIÉTY (M.)

Lariboisière

SÈZE (S. de)

Pitié

DREYFUS (G.)

Saint-Antoine

KOURILSKY (R.)

Saint-Antoine

BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
— Baudelocque	MERGER (R.)
— Saint-Antoine	VARANGOT (J.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	OFFRET (G.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	BREGEAT (P.)
— — (Cochin)	AUBRY (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie	THIEFFRY (S.)
Clinique de pédiatrie et de puericulture (Saint-Vincent-de-Paul)	BERNARD (E.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	MICHAUX (L.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	DECHAUME (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	GAULTIER (M.)
Clinique toxicologique	JUDET (R.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	ABOULKER (P.)
Clinique urologique (Cochin)	COUVELAIRE (R.)
— — (Necker)	LAPLANE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	DOMART (A.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Lariboisière)	RAMBERT (P.)
— — (Pitié)	WOLFROMM (R.)
— — (Rothschild)	POILLEUX (F.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
Médecine	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
	POLONOVSKI (Cl.)
Pédiatrie	ROYER (P.)
	KREIS (B.)
Pneumo-Phtisiologie	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELCARRE (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.		MM.
Anatomie pathologique . . .	BOUYGOU (Ch.)	Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Physique médicale }	COURSAGET (J.)
Biochimie médicale }	CARTIER (P.)		GREMY (F.)
	GONNARD (P.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique . .	SCHWARTZ (D.)
---	---------------

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque . .	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Miles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Miles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père

A ma Mère

A mon Maître

Monsieur le Professeur M. A U B R Y

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris,
Laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière.

Il m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse
et de m'accueillir parmi ses élèves.

Qu'il veuille bien trouver ici
le témoignage de ma respectueuse
admiration et de ma profonde
reconnaissance.

A mon Maître

Monsieur le Docteur Fernand B E R A R D

Laryngologiste de l'Hôpital Tenon.

C'est dans son Service que j'ai commencé
mon Internat dans la spécialité.
Son enseignement m'a été particulièrement utile
par la suite.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de ma profonde reconnaissance pour la confiance
qu'il m'a témoignée.

A mon Maître

Monsieur le Docteur André L E M A R I E Y

Laryngologiste de l'Hôpital Trousseau.

C'est sous sa direction que j'ai pris contact
avec l'otorhinolaryngologie infantile.

Qu'il veuille bien trouver ici l'assurance
de ma profonde reconnaissance pour son enseignement
et sa grande bienveillance.

A mon Maître

Monsieur le Docteur J. B O U R D I A L

Laryngologiste de l'Hôpital Beaujon.

J'ai passé dans son Service une année très riche
d'enseignements pratiques qui me seront toujours
particulièrement utiles et précieux.

Qu'il veuille bien trouver ici la marque
de ma profonde reconnaissance
et de mon respectueux attachement.

A mon Maître

Monsieur le Docteur J.J. D E B A I N

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Laryngologiste de l'Hôpital Saint-Antoine.

Il a été l'inspirateur de cette thèse
et j'ai pu apprécier son dévouement
et l'immense étendue de ses connaissances.

Qu'il soit ici remercié pour son enseignement
de tous les instants et pour sa bienveillance.

A mes Maîtres

Messieurs les Docteurs

P. PIALOUX

Professeur Agrégé à la Faculté
de Médecine de Paris

P. ANDRE

Y. LALLEMANT

J. LABAYLE

H. MULÉ

H. MOULONGUET

J. PINEL

G. SENECHAL

S. GANDON

G. JOST

J. PAQUELIN

Laryngologiste des Hôpitaux de Paris

A mes Maîtres

Monsieur le Docteur SENEQUE

Chirurgien de l'Hôpital de Vaugirard
Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris

C'est dans son Service que j'ai débuté mon Internat
en chirurgie générale.

Monsieur le Docteur P. MOREL-FATIO

Chirurgien de l'Hôpital d'Ivry

Qui m'a révélé la chirurgie plastique

Qu'ils soient ici remerciés
pour leur enseignement
de tous les instants
et leur bienveillance.

A Monsieur le Docteur J. LEROUX ROBERT

Laryngologiste de l'Hôpital Boucicaut

C'est dans son Service
que je dois terminer mon Internat.

Il a eu l'obligeance de me confier
les dossiers de son Service
et de m'aider de ses précieux conseils.

Qu'il en soit ici remercié.

A Monsieur le Docteur C O U R T I A L

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Directeur de la Fondation Curie.

Il a bien voulu mettre à ma disposition
les dossiers et la remarquable organisation
de la Fondation Curie.

Qu'il en soit ici remercié.

CANCERS DE LA COMMISSURE INTERMAXILLAIRE
ETUDE ANATOMO-CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

La commissure intermaxillaire (encore appelée triangle rétro-molaire, ou fossette rétro-molaire) peut être le siège de cancers qui ne semblent pas avoir soulevé beaucoup d'intérêt jusqu'à présent, encore que leur gravité soit bien connue des cancérologues.

Les traités classiques se bornent, quand ils le font, à signaler cette localisation au chapitre des néoplasmes du maxillaire inférieur. La nomenclature internationale mentionne seulement la muqueuse de revêtement de la branche montante. La seule étude, à notre connaissance, est celle de BARBOSA, dans le J.A.M.A., en 1959. Nous y reviendrons.

E T I O L O G I E

Les facteurs étiologiques sont communs aux autres cancers bucco-pharyngés. Il s'agit presque toujours d'un homme (39 fois sur 42 dans notre statistique).

La majorité des cas apparaissent entre 50 et 70 ans et nous avons observé :

entre 20 et 30 ans	1 cas
entre 31 et 40 ans	1 cas
entre 41 et 50 ans	1 cas
entre 51 et 60 ans	15 cas
entre 61 et 70 ans	18 cas
entre 71 et 80 ans	3 cas.

Les âges limites étaient de 25 et de 75 ans.

L'alcoolisme et le tabagisme ont leur place habituelle.

La leucoplasie et le papillome sont des lésions prédisposantes.

F R E Q U E N C E

Elle est faible par rapport à l'ensemble des cancers buccaux et oropharyngés : beaucoup moins fréquent que le cancer de l'amygdale, environ deux fois plus rare que le cancer de la muqueuse jugale.

Il tient une place relativement importante dans le cadre des cancers du maxillaire inférieur, puisque BACQ, à la Fondation Curie, sur 129 cas, dénombre 8 formes rétromolaires pures, 12 cas intéressant la région rétromolaire et l'angle interne, et 23 localisations molaire et rétro-molaire.

DEFINITION ET RAPPEL ANATOMIQUE

Le fond de la cavité vestibulaire est rattaché, par POIRIER et ROUVIERE, au vestibule buccal.

Selon POIRIER, "le fond de la cavité vestibulaire présente des dispositions variables selon que la bouche est ouverte ou fermée.

Les mâchoires étant rapprochées, le doigt sent une saillie verticale, dure, légèrement tranchante, commençant au niveau de la dernière molaire supérieure. C'est le bord antérieur de l'apophyse coronôïde du maxillaire inférieur. En dehors de cette saillie, la paroi vestibulaire est dépressible. En dedans, une fente sépare la saillie coronôïdienne de l'arcade alvéolo-dentaire supérieure. Au fond de cette fente, on trouve la saillie du bord antérieur du ptérygoïdien interne tapissé par la muqueuse vestibulaire.

Lorsque la bouche est ouverte, on trouve, en dedans de la saillie coronôïdienne, un pli vertical tendu entre les dernières molaires supérieure et inférieure, le pli ptérygo-maxillaire, dur et résistant, soulevé par le ligament ptérygo-maxillaire. Cette saillie est encore accrue par une traînée

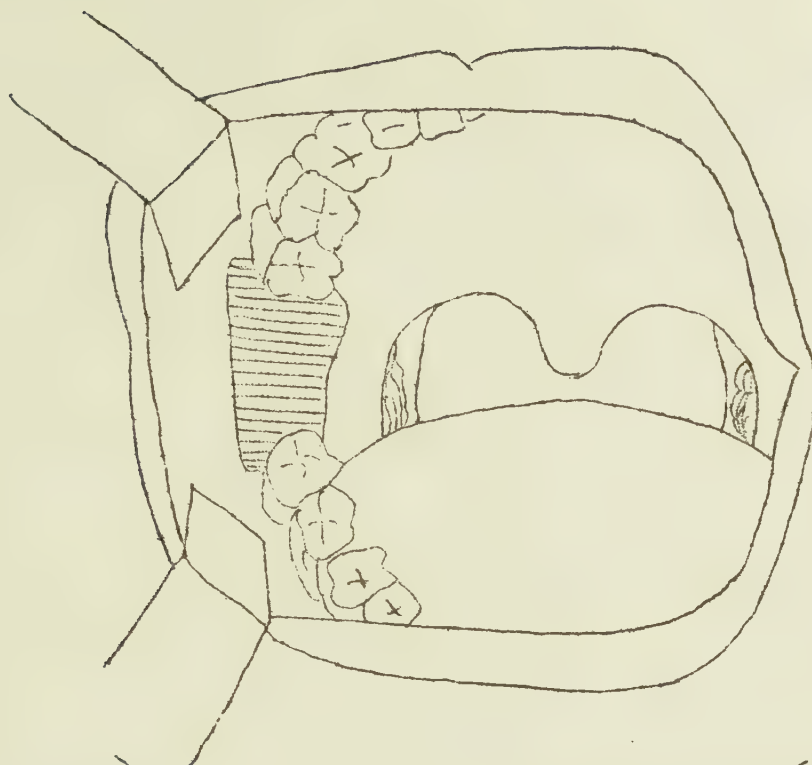


Figure N° 1 -

Le triangle rétro-molaire

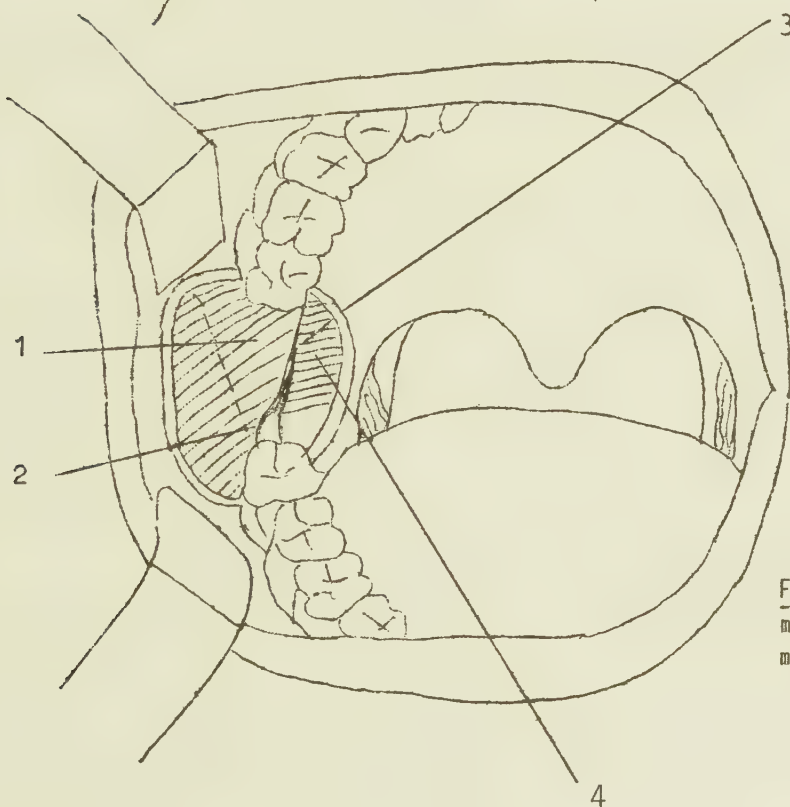


Figure N° 2 - Le triangle rétro-molaire après ablation de la muqueuse.

- 1 - Buccinateur,
- 2 - crête buccinatrice,
- 3 - Ligament ptérygo-maxillaire,
- 4 - Constricteur supérieur du pharynx.

de glandes qui se rattachent en arrière à celles du pilier antérieur.

Bourrelet coronoïdien et pli ptérygo-maxillaire se touchent presque en arrière de la dernière molaire inférieure. Ils divergent en haut pour passer l'un en dehors l'autre en dedans de l'arcade alvéolo-dentaire supérieure. Entre les deux, la muqueuse vestibulaire tapisse une dépression triangulaire à base supérieure, le sillon intermaxillaire. Ce dernier n'existe à proprement parler que lorsqu'on examine la cavité vestibulaire, les mâchoires fortement écartées."

Tel est le triangle rétro-molaire (TRM).

A) Il est donc situé :

- en arrière des deux arcades dentaires;
- en dedans et en arrière de la joue, dont la muqueuse se continue avec celle du TRM au niveau de la lèvre externe du bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur;
- en dedans et en avant du pilier antérieur du voile;
- au-dessus du plancher de la bouche, avec à ce niveau la partie postérieure du sillon alvéolo-lingual soulevé par la glande sublinguale;
- au-dessous de la tubérosité du maxillaire supérieur.

B) Les limites du TRM sont donc :

- en haut : la tubérosité du maxillaire supérieur;
- en dehors : le bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur, compris entre ses deux lèvres interne et externe, limitant en bas une gouttière qui augmente de profondeur et de largeur de haut en bas. L'extrémité inférieure de la lèvre interne se continue avec la ligne oblique interne du corps du maxillaire. En haut, elle monte sur la face interne de la branche montante et de l'apophyse coronoïde, en formant la crête temporale.

A la partie inférieure de la gouttière, que limitent ces deux lèvres, la crête buccinatrice, oblique en bas et en dehors, donne insertion au buccinateur.

Le muscle temporal s'insère sur le coroné. Son tendon terminal se prolonge par deux faisceaux tendineux sur les deux lèvres du bord antérieur, jusqu'au niveau de l'insertion du buccinateur.

Une bourse séreuse se développe souvent entre le bord antérieur du muscle et la masse adipeuse qui remplit le fond de la gouttière rétro-molaire (GRYNFELT et PEYRON).

- en dedans : le ligament ptérygo-maxillaire s'attache au sommet du crochet de l'aile interne de la ptérygoïde. Il se porte en s'élargissant en dehors, en bas et en avant, et se termine sur le côté interne du bord alvéolaire du maxillaire inférieur, en arrière de la dernière molaire.

Il doit être considéré comme une intersection tendineuse entre le constructeur supérieur du pharynx, qu'il reçoit sur son bord postérieur, et le buccinateur qui se détache de son bord antérieur.

C) Ainsi limité, le T R M doit être distingué :

- a) du versant antérieur du pilier antérieur qui est juste en arrière,
- b) de la partie postérieure du versant interne de la mandibule qui est au-dessous,
- c) du fond du vestibule buccal qui est situé en dehors de la branche montante.

D) Le buccinateur forme le fond du T R M :

aplati, large, irrégulièrement quadrilatère, il s'étend du ligament ptérygo-maxillaire à la commissure des lèvres.

En arrière, il s'insère au bord antérieur du ligament ptérygo-maxillaire et au bord alvéolaire des maxillaires supérieur et inférieur. L'insertion alvéolaire du maxillaire inférieur se prolonge sur la crête buccinatrice et s'unit en arrière au faisceau tendineux du temporal qui s'attache à la lèvre interne du bord antérieur de la branche montante.

Les fibres gagnent la commissure labiale en s'entrecroisant et se fixent à la face profonde de la peau de la commissure et du tiers externe des lèvres.

Le buccinateur est recouvert par l'aponévrose buccinatrice, dense et fibreuse en arrière, mince et celluleuse en avant. En arrière, elle est séparée de l'aponévrose intrapharyngée par le ligament ptérygo-maxillaire.

Son innervation est fournie par le VII, dont les deux rameaux antérieurs (nés de la branche temporo-faciale) suivent le bord inférieur du canal de Sténon, innervent le buccinateur et l'orbiculaire des lèvres, et s'anastomosent avec le buccal.

E) En dedans, la muqueuse recouvre le buccinateur.

Cette muqueuse est de type buccal. C'est un épithélium pavimenteux stratifié. La couche basilaire est formée de cellules cylindriques hautes contenant des mitochondries filamenteuses. La couche de Malpighi est constituée par des cellules polyédriques à endoplasme granuleux et clair, ayant différencié des fibrilles épidermiques formant des ponts d'une cellule à l'autre. Les cellules superficielles sont très aplaties, en forme de grandes plaques qui s'exfolient sans cesse. Les couches superficielles présentent parfois des cellules granuleuses à kératohyaline, sans que la kératinisation se produise à l'état normal. Sa structure histologique est donc très proche de celle de la peau; elle en diffère par l'absence de stratum lucidum et de stratum corneum.

Le chorion est séparé de l'épithélium par une fine membrana propria. Il est assez dense, avec des fibres élastiques très abondantes, qui forment la limitante élastique. Il se continue avec une couche sous-choriale très lâche qui permet le glissement de la muqueuse. Il contient :

- 1) des glandes salivaires accessoires, qui sont le plus souvent muqueuses, rarement séreuses;
- 2) des formations lymphoïdes, qui prennent un développement considérable dans cette région;
- 3) des vaisseaux lymphatiques importants, provenant en particulier du voile du palais, sur lesquels nous reviendrons.

Le chorion se continue avec celui des régions voisines. Il est très serré au niveau des arcades dentaires et du voile du palais, lâche au niveau de la joue et du plancher de la bouche.

F) En arrière et en dehors du buccinateur

le triangle, limité par la grosse tubérosité, la branche montante et le ligament ptérygo-maxillaire, limite un vaste orifice faisant communiquer largement la région génienne et la région ptérygo-maxillaire.

1) La région ptérygo-maxillaire est divisée en deux loges par l'aponévrose interptérygoïdienne, tendue dans un plan oblique en bas, en dehors et en arrière, depuis la base du crâne jusqu'à la face interne du maxillaire inférieur au-dessus du ptérygoïdien interne, et à l'épine de Spix.

La loge interne contient le ptérygoïdien interne qui descend obliquement de la fosse ptérygoïde à la face interne de l'angle de la mâchoire où il se termine par des fibres charnues et des lames tendineuses.

La loge externe est comprise entre l'aponévrose interptérygoïdienne et la branche montante. Elle communique avec la région temporale en haut, la région massétélerine en dehors, la région génienne en avant, l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire en dedans.

Elle contient :

- le ptérygoïdien externe, sur un plan sus-jacent au T R M ,
- l'artère maxillaire interne est aussi sus-jacente au T R M.

Après avoir contourné le bord inférieur ou passé entre les deux chefs du ptérygoïdien externe, elle se rapproche de la tubérosité maxillaire pour gagner l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire.

Parmi ses nombreuses collatérales :

- la dentaire inférieure, oblique en bas et en avant, pénètre dans le canal dentaire, en avant du nerf dentaire;
- l'artère buccale, oblique en bas et en avant, longe les origines du ptérygoïdien externe. Elle est satellite du nerf buccal, traverse avec lui le T R M, puis chemine à la face externe du buccinateur où elle se termine en formant un plexus autour de la terminaison du canal de Sténon;
- l'artère alvéolaire ou alvéolo-antrale, oblique en bas, en avant et en dehors, contourne la tubérosité et se divise en 2 ou 3 branches, dont l'une, jugale, se termine sur la face externe du buccinateur en s'anastomosant avec l'artère buccale;
- l'artère dentaire inférieure ne rejoint la face postérieure du nerf qu'à l'orifice du canal dentaire.
- Des veines accompagnent ces artères.
- Le nerf maxillaire inférieur se divise en ses branches terminales juste au-dessous du trou ovale. Il donne :

a) par son tronc antérieur, entre autres branches, le nerf temporo-buccal, qui passe entre les deux chefs du ptérygoïdien externe, descend sur la face superficielle du muscle et se divise en donnant :

- . le nerf temporal profond antérieur, ascendant,
- . le nerf buccal, nerf sensitif, oblique en bas, en avant et en dehors. Appliqué sur la face profonde du tendon du muscle temporal près de son bord antérieur, il glisse ensuite sur la tubérosité du maxillaire supérieur et arrive à la face externe du buccinateur, recouvert à ce niveau par la boule graisseuse de Bichat. Il se divise en filets superficiels pour la peau de la joue et en filets profonds pour la muqueuse de la joue. Il accompagne l'artère buccale.

b) Parmi les branches du tronc postérieur :

- . le nerf dentaire inférieur, très volumineux, décrit une courbe à concavité antéro-inférieure pour gagner le canal dentaire. Il est entouré d'un manchon cellulo-graisseux.
- . le nerf lingual est en avant du dentaire inférieur. Il s'en écarte à angle aigu pour gagner la partie haute de la loge sous-maxillaire. Il y pénètre en passant en dedans de la partie inférieure du ligament ptérygo-maxillaire, donc au-dessous du buccinateur, en dedans et en bas du T R M.

Un prolongement de la boule graisseuse de Bichat occupe, dans la partie antérieure de la loge, l'espace compris entre le ptérygoïdien externe et le temporal.

La région temporale située au-dessus de la partie externe de la région ptérygo-maxillaire communique largement avec celle-ci par le canal zygomatique.

2) Région génienne

Elle est limitée en arrière par le bord antérieur du masseter. Elle est formée par deux plans musculaires, l'un superficiel, l'autre profond, qui sont fusionnés en avant et s'écartent en arrière pour faire place à la boule de Bichat, au canal de Sténon, aux vaisseaux faciaux et à des nerfs. On rencontre donc, de la superficie à la profondeur :

- un plan superficiel
- un plan musculaire discontinu, formé par le releveur superficiel de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, le petit zygomatique, le grand zygomatique, le risorius, les faisceaux postérieurs du peaucier du cou et le triangulaire des lèvres, avec les rameaux du VII qui leur sont destinés,

- un espace en forme de coin, à base postérieure répondant au masseter et contenant :

a) La boule graisseuse de Bichat, masse adipeuse qui emplit l'espace limité par le masseter, le tendon du temporal et le ptérygoïdien interne en arrière, le buccinateur et son aponévrose en dedans, le plan superficiel des peauciers en dehors, le canal de Sténon en avant.

b) Le canal de Sténon, engainé dans un mince feuillet aponévrotique, contourne en avant la boule de Bichat avant de traverser le buccinateur pour s'ouvrir à la muqueuse.

c) Les vaisseaux faciaux montent vers l'angle interne de l'oeil, la veine derrière l'artère, décrivant la corde de l'arc décrit par l'artère. Ils sont accompagnés par les lymphatiques du nez et de la joue.

d) Parmi les nerfs, citons les rameaux du VII et le nerf buccal qui, venant de la région ptérygo-maxillaire, pénètre dans la joue en passant au-dessous de la boule de Bichat.

- Un plan musculaire profond recouvre en dedans ces éléments; il est formé par le releveur profond de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, le canin, le buccinateur et les faisceaux les plus externes du carré du menton. L'aponévrose buccinatrice recouvre la face externe du buccinateur.

- Enfin, la muqueuse buccale tapisse la face profonde du buccinateur et lui adhère par un tissu conjonctif dense.

La région massétérine, située en arrière de la région génienne et en dehors de la branche montante, est un siège fréquent d'envahissement néoplasique.

Son plan profond est formé par la volumineuse masse du masseter, contenu dans l'aponévrose massétérine.

Les plans superficiels comprennent la peau, doublée par un pannicule adipeux limité profondément par un fascia superficialis.

Le tissu cellulaire sous-cutané est parcouru par l'artère transverse de la face, par la branche massétérine de la faciale et surtout par les branches terminales du VII : branche temporo-faciale avec des rameaux sus-orbitaires, sous-orbitaires et buccaux supérieurs, branche temporo-faciale

avec ses rameaux buccaux inférieurs et mentonniers. Tous ces rameaux émergent le long du bord antérieur de la parotide.

La ligne oblique externe de la branche montante et le buccinateur limitent une gouttière oblique en bas, en dehors et en avant, où peuvent passer des coulées néoplasiques, pour arriver au quadrilatère sous-cutané de Chompret et l'Hirondel, limité :

- en avant, par le triangulaire des lèvres,
- en arrière, par le masseter,
- en haut, par le buccinateur,
- en bas, par le bord inférieur de la mandibule.

Ce quadrilatère est traversé par le pédicule facial.

G) Le voile du palais

répond exactement à la base du T R M en haut et en dedans duquel il est situé. Il est formé par l'aponévrose palatine, sur laquelle s'insèrent les deux péristaphylins.

La muqueuse de la face inférieure du voile est en continuité immédiate avec la muqueuse du T R M et elle est de même type histologique.

Le pilier antérieur du voile est le rapport postérieur le plus immédiat. Il est soulevé par le glossostaphylin tendu du voile au bord latéral de la langue.

Leur chorion sous-muqueux commun et un réseau lymphatique commun au pilier antérieur et au T R M expliquent la fréquence des propagations néoplasiques de l'une à l'autre région.

H) En bas et en dedans, par l'intermédiaire de la partie toute postérieure de la face interne de la mandibule, la commissure intermaxillaire se continue à la fois avec la région sous-maxillaire et avec la région sublinguale, que sépare en avant le mylohyoïdien.

En conclusion, on trouve successivement sous la muqueuse du T R M (figure 1) :

- le buccinateur (figure 2),
- sous le buccinateur, le pédicule buccal, derrière lequel apparaît la boule de Bichat (figure 3),

- derrière la boule de Bichat, le nerf lingual, le pédicule dentaire inférieur et le bord antérieur de la branche montante (figure 4).

I) Lymphatique du T R M

Nous envisagerons :

- . leur réseau d'origine
- . les voies de drainage
- . les ganglions tributaires du T R M
- . les lymphatiques des régions voisines traversant le T R M, dont le rôle pathologique est considérable.

1) Le réseau sous-muqueux est très dense et communique avec celui du pharynx, de l'amygdale palatine, des gencives et de la face inférieure du voile du palais, de la joue.

2) Les voies de drainage sont communes avec celles des lymphatiques postérieures des gencives et du voile du palais. Les lymphatiques externes gagnent plutôt les groupes sous-maxillaires (ganglions prévasculaires, rétrovasculaires et rétroglandulaires). Les lymphatiques internes gagnent plutôt la chaîne jugulaire interne, surtout le ganglion antéro-supérieur (de façon constante, pour SCHWEITZER), inconstamment les ganglions sous-maxillaires, rarement un ganglion parotidien.

3) Des troncs lymphatiques venant des régions voisines traversent le T R M.

a) Lymphatiques de la face inférieure du voile.

Leurs collecteurs gagnent les ganglions latéraux profonds du cou par trois voies : postérieure, moyenne, antérieure.

La voie moyenne, constante, voit ses vaisseaux se porter en dehors, passer sous la muqueuse du T R M et de la partie postérieure de la joue, atteindre le bord antérieur de la branche montante et s'infléchir alors en bas et en arrière pour passer en dedans de la sous-maxillaire vers les ganglions profonds du cou.

La voie antérieure, inconstante, comprend 1 ou 2 collecteurs qui vont à la face profonde de la muqueuse jugale, suivant dès lors les lymphatiques

de celle-ci : ils traversent le plan du buccinateur près de ses attaches supérieures et descendent vers les ganglions sous-maxillaires.

b) Lymphatiques internes de la gencive supérieure

Ils s'unissent, en dedans et en arrière de l'arcade dentaire, aux lymphatiques de la voûte et du voile. Ils présentent donc les mêmes connexions que ceux-ci avec les ganglions profonds du cou, les ganglions sous-maxillaires et les ganglions rétropharyngiens. Ils sont en partie croisés, ainsi que les vaisseaux de la voûte et du voile.

4) Les ganglions tributaires

sont donc, très accessoirement, un ganglion parotidien inférieur ou un ganglion facial; essentiellement, les ganglions sous-maxillaires et jugulaires internes.

a) Les ganglions sous-maxillaires

sont au nombre de 3 à 6. Ils comprennent 5 groupes : préglандаire, prévasculaire, rétrovasculaire, rétroglандаire et intraglandulaire. Les 4 premiers groupes sont dans la loge et en dehors de la capsule; le 5ème est dans la capsule propre.

1. Le groupe préglандаire comprend 1 ou 2 ganglions placés dans l'espace triangulaire situé en avant de la glande et limité par le bord inférieur de la mâchoire en haut, le bord externe du ventre antérieur du digastrique en bas et en dedans, l'extrémité antérieure de la sous-maxillaire en arrière. Le fond de cet espace est constitué par le mylohyoïdien.

2. Le groupe prévasculaire comprend un gros ganglion placé devant la veine faciale. Il repose sur l'artère et est au contact en arrière avec la veine. Parfois, existe en ganglion aberrant sur la face cutanée de la glande, en avant de la veine faciale.

3. Groupe rétrovasculaire : 1 ou 2 ganglions en arrière de la veine, à une distance variable au-dessous de la mâchoire. Souvent existe un ganglion dans l'angle ouvert en haut formé par la veine faciale et la communicante intra-parotidienne.

4. Groupe rétro-glандаire : inconstant, il comprend un ganglion en dedans et au-dessous de l'angle de la mâchoire.

5. Ganglions intra-parotidiens, inconstants, dans la profondeur de la glande.

Les ganglions sont largement anastomosés entre eux d'avant en arrière.

Ils déversent leur contenu dans les ganglions de la chaîne jugulaire interne par deux voies principales :

- la voie paraveineuse draine les ganglions pré et rétro-vasculaires. Situés l'un devant, l'autre derrière la veine, ils se jettent dans un ganglion antérieur de la chaîne jugulaire interne du groupe sous-digastrique.

- La voie para-artérielle, née du ganglion rétro-vasculaire ou prévasculaire; elle comprend 1 ou 2 vaisseaux qui suivent l'artère faciale jusqu'à la face profonde de la glande sous-maxillaire, et se jettent dans un ganglion antérieur sous-digastrique de la chaîne jugulaire interne.

Les voies accessoires sont :

- la voie directe, fréquente; elle se porte sous l'aponévrose superficielle et se termine, soit dans un ganglion sus-hyoïdien, soit dans un ganglion situé sous la terminaison du tronc thyro-linguo-facial.

- La voie sous-mentale gagne un ganglion sous-mental latéral.

Des ganglions faciaux, inconstants et de petit volume, peuvent interrompre les voies lymphatiques, mais surtout parmi eux :

- . le groupe maxillaire inférieur situé sur la face externe du maxillaire inférieur au niveau des vaisseaux faciaux;
- . le groupe buccinateur situé en dehors du buccinateur et de son aponévrose.

Les ganglions sous-mentaux ne reçoivent pas directement la lymphe de la région commissurale; anormalement, ils peuvent recevoir celle de la partie postérieure des gencives.

b) La chaîne jugulaire interne

est l'aboutissement commun de toutes les voies lymphatiques du T R M, soit directement, soit par l'intermédiaire des groupes sous-maxillaire ou exceptionnellement parotidien.

ROUVIERE en distingue 2 groupes : externe et antérieur.

Les ganglions externes forment un chapelet qui longe d'abord le côté externe de la jugulaire interne, depuis le ventre postérieur du digastrique jusqu'au croisement par l'omo-hyoïdien. A ce niveau, ils s'inclinent en dedans et s'insinuent derrière la veine. Ils s'arrêtent un peu au-dessus du confluent de Pirogoff. A gauche, le plus inférieur de ces ganglions a d'étroites connexions avec le canal thoracique, étant le plus souvent au-dessus ou au niveau de la crosse, rarement au-dessous d'elle. Le plus souvent disposés en une seule série, ils peuvent l'être en 2 ou 3 rangées plus ou moins parallèles.

Les ganglions sont reliés les uns aux autres, de haut en bas, par un ou plusieurs vaisseaux lymphatiques qui drainent leur lymphé vers le confluent de Pirogoff. A l'extrémité inférieure de la chaîne, les collecteurs se réunissent en un seul tronc très volumineux, le tronc jugulaire, qui se termine d'une manière différente à droite et à gauche :

- à droite, il se termine dans le Pirogoff directement ou par l'intermédiaire de la grande veine lymphatique,
- à gauche, il se termine soit dans la crosse du canal thoracique, soit dans le Pirogoff.

Les ganglions antérieurs comprennent trois groupes :

Le groupe supérieur, sous-digastrique, est dans l'intervalle compris entre le bord inférieur du ventre postérieur du digastrique et le tronc thyro-linguo-facial. Ces ganglions sont en général volumineux, surtout le ganglion de Küttner, situé immédiatement au-dessous du digastrique. Au nombre de 1 à 5, il y en a en règle 2 ou 3 échelonnés de haut en bas.

Le groupe moyen est étagé du tronc thyro-linguo-facial à l'omo-hyoïdien. Il n'y a souvent qu'un seul ganglion, que POIRIER et CUNEO ont appelé ganglion sus-omo-hyoïdien. Il est allongé de haut en bas juste au-dessus de l'omo-hyoïdien qui recouvre parfois son extrémité inférieure. Parfois un ganglion recouvre la terminaison de la veine thyroïdienne supérieure.

Le groupe inférieur, exceptionnel, est entre l'omo-hyoïdien et la terminaison de la jugulaire interne.

Les lymphatiques efférents des ganglions antérieurs croisent la face antérieure de la jugulaire interne, obliques en bas et en dehors, et se jettent dans la voie lymphatique jugulaire interne.

Les ganglions du groupe supérieur sont reliés entre eux par quelques vaisseaux.

Des ganglions rétrostyliens peuvent se voir en avant ou en dehors de la jugulaire interne.

*

* *

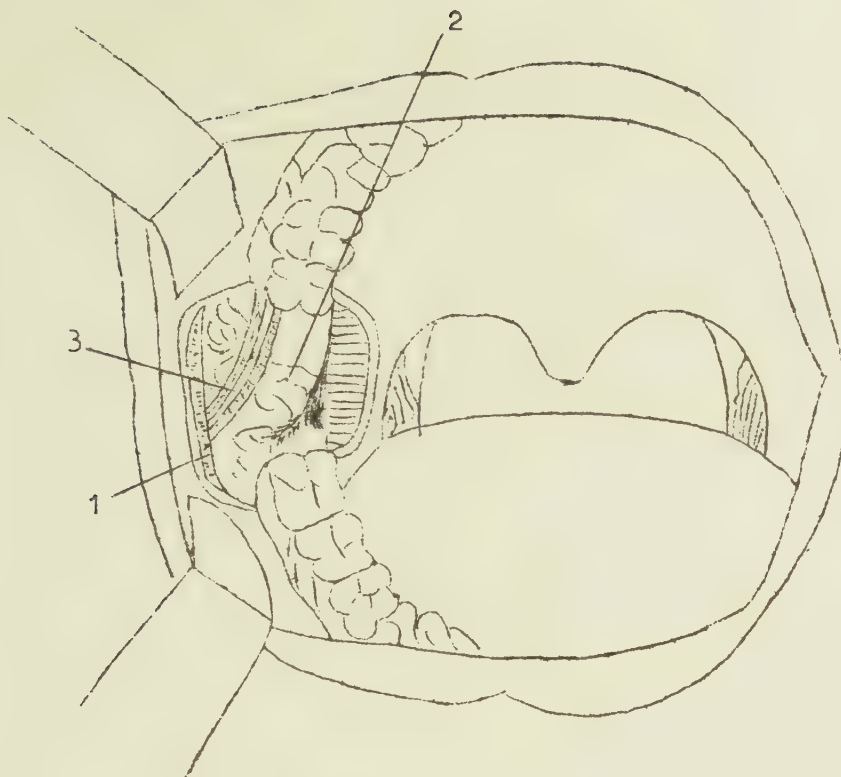


Figure N° 3 - Après ablation du buccinateur :

- 1 - Tranche de section du buccinateur
- 2 - Boule de Bichat
- 3 - Pédicule buccal.

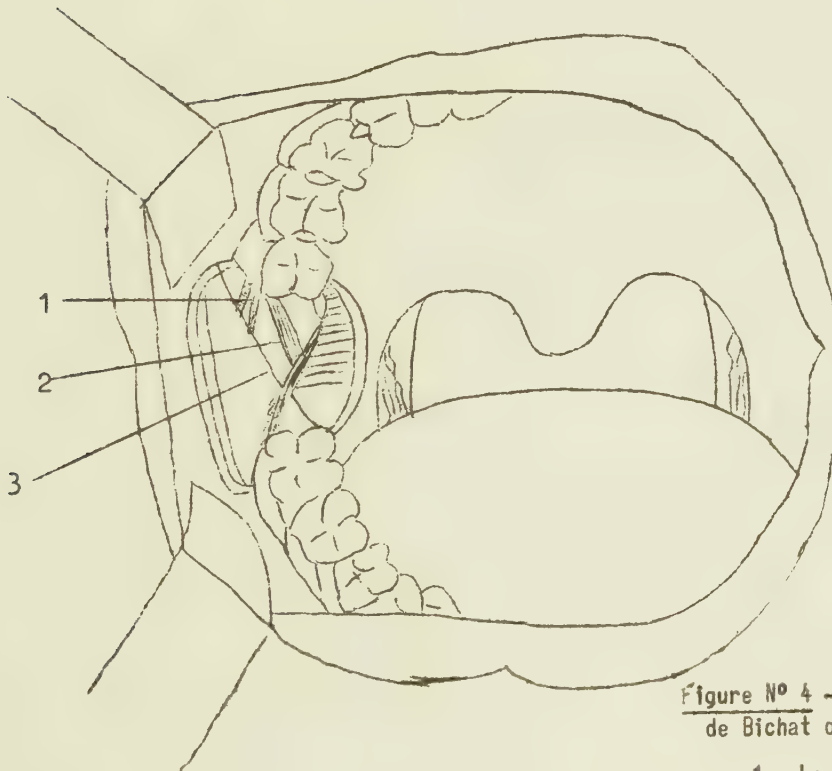


Figure N° 4 - Après ablation de la boule de Bichat on trouve :

- 1 - Le pédicule dentaire inférieur qui pénètre dans le canal dentaire.
- 2 - Le nerf lingual
- 3 - Le bord antérieur de la branche montante.

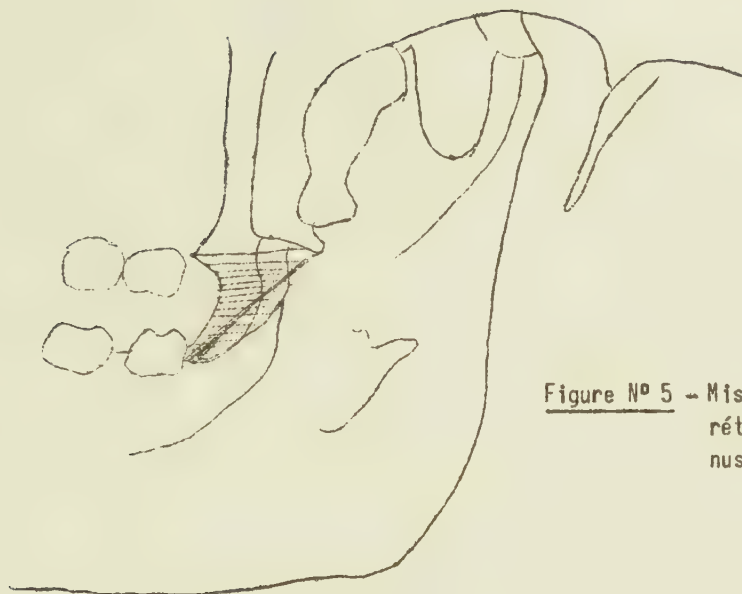


Figure N° 5 - Mise en place du triangle rétromolaire sur les os nus.

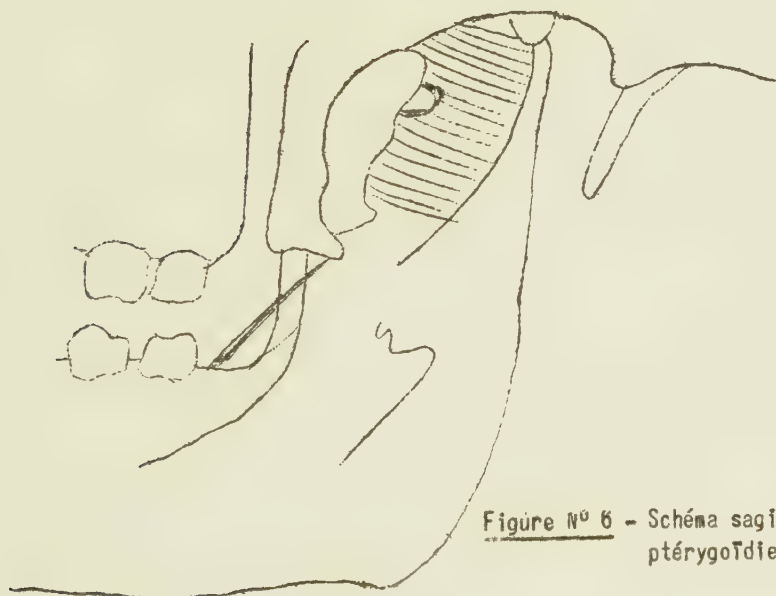


Figure N° 6 - Schéma sagittal avec le ptérygoïdien externe.

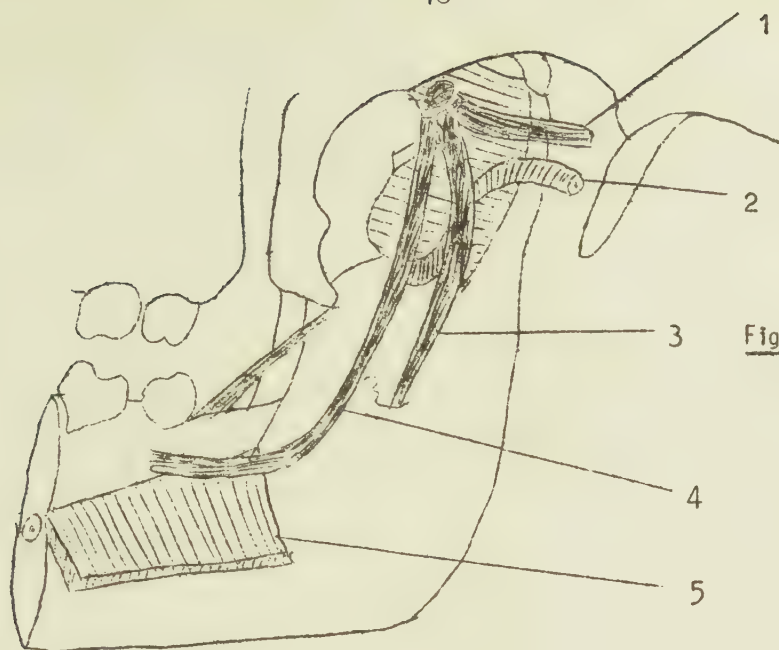


Figure N° 7 - La même vue sagittale
avec :

- 1 - Nerf auriculo-temporal
- 2 - Artère maxillaire interne
- 3 - Nerf dentaire inférieur
- 4 - Nerf lingual
- 5 - Muscle mylo-hyoïdien

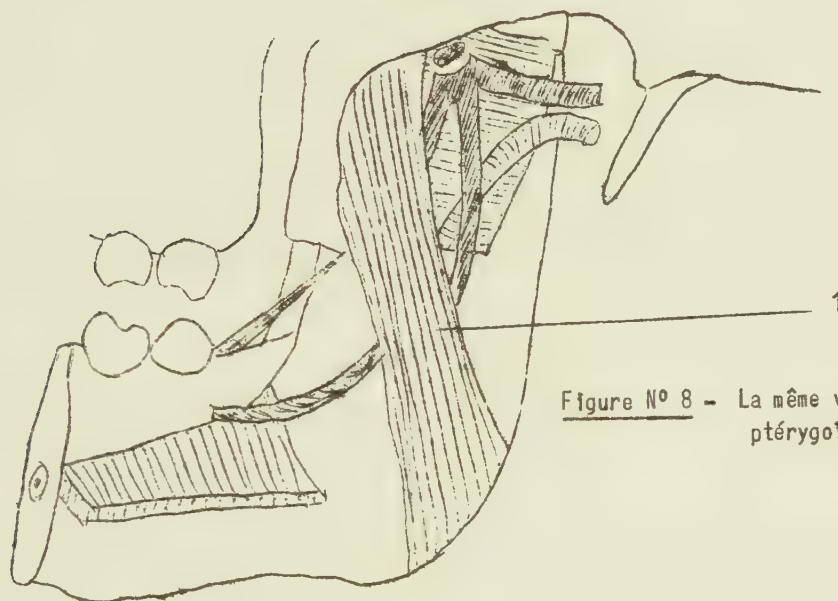


Figure N° 8 - La même vue avec le
ptérygoïdien interne.

A N A T O M I E P A T H O L O G I Q U E

Le T R M est donc une véritable zone charnière entre l'oropharynx et la bouche. L'extension de ce cancer buccal se fera vers la bouche, mais aussi vers le pharynx, rappelant le cancer amygdalien.

HISTOLOGIE

Il s'agit presque toujours d'un épithélioma malpighien spino-cellulaire fortement différencié. Les cellules néoplasiques possèdent plus ou moins les caractères des cellules épidermiques adultes; il existe une métaplasie localisée, qui aboutit à la formation de globes cornés caractéristiques, formés de cellules kératinisées en bulbe d'oignon et entourées de cellules malpighiennes de moins en moins différenciées jusqu'à la couche basale.

Parfois, la différenciation dans le sens épidermique est moins parfaite : il s'agit d'un épithélioma intermédiaire. La kératinisation, mono ou pluricellulaire, se fait sans stade granuleux, c'est de la para ou de la dyskératose.

Il n'y a pas de démarcation tranchée entre ces deux types, qui sont souvent associés, et la biopsie donne une idée imparfaite de la tumeur, en raison du caractère trop localisé du prélèvement.

Nous n'avons pas observé d'épithélioma pseudo-baso-cellulaire.

L'épithélioma peut succéder ou être associé à une lésion précancéreuse : hyperplasie papillomateuse ou plaque de leucoplasie.

Les glandes du chorion peuvent donner lieu exceptionnellement : soit à des cylindromes (LABAYLE) qui sont de pronostic réservé lorsqu'ils sont mal limités et à contenu mucoïde, soit à des adéno-carcinomes (BARBOSA).

ASPECT MACROSCOPIQUE

Le cancer peut être ulcéreux, ulcéro-infiltrant, bourgeonnant, ulcéro-végétant.

Il n'y a pas de rapport entre l'histologie et l'aspect macroscopique.

Il est très difficile d'apprécier l'extension réelle du cancer pendant une intervention ou lors d'examen macroscopique de la pièce. Telle zone apparemment néoplasique répond à du tissu fibreux ou inflammatoire; telle autre, saine en apparence, révélera un envahissement néoplasique lors de l'examen histologique.

L'EXTENSION

Elle se fait en surface et en profondeur.

Cancer superficiel et cancer profond diffèrent à la fois par la clinique, le pronostic et la thérapeutique.

Cancer superficiel

Il présente des aspects variables : bourgeonnement localisé ou étendu parfois d'aspect papillomateux, assez souvent traînées serpigineuses étendues vers la joue et le pilier antérieur. Il peut présenter des zones érodées ou une ulcération superficielle.

Fait capital, il repose toujours sur une base souple. En effet, le buccinateur n'est pas traversé par le cancer, qui évolue seulement dans la muqueuse et le chorion sous-muqueux.

L'adénopathie n'est pas très fréquente.

Il est très souvent curable par les agents physiques.

Les deux facteurs de gravité sont :

- l'apparition d'une adénopathie,
- l'extension en profondeur; il partage dès lors le pronostic à peu près constamment fatal des cancers profonds.

Cancer profond

Il est creusant d'emblée ou secondaire à une forme superficielle déjà traitée.

On constate : soit une ulcération creusante, soit une lésion végétante mais qui, fait capital, repose sur une base indurée étendue en profondeur.

Ayant traversé le buccinateur, les travées néoplasiques rencontrent la boule de Bichat et le tissu cellulaire qui l'entoure : cet espace constitue une voie de diffusion qui conduit à la fois sur la face et sur l'espace maxillo-pharyngien.

Vers la face : l'extension se fait non pas tant en avant, vers la joue, qu'en arrière, vers la région massétérine : celle-ci est entourée puis infiltrée par le cancer; elle présente parfois une tuméfaction visible et palpable. L'envahissement de la peau est très tardif et rare; il débute par une adhérence cutanée aux plans profonds.

Vers l'espace maxillo-pharyngien : là encore, l'extension se fait d'abord dans le tissu cellulo-graisseux.

Les muscles, en particulier le ptérygoïdien interne, sont bientôt envahis; leurs fibres sont dissociées et atrophiées par l'épithélioma et la sclérose. L'irritation des muscles masticateurs et de leurs nerfs engendre le trismus.

Les nerfs sensitifs (buccal, lingual, dentaire inférieur) irrités par l'envahissement néoplasique, sont à l'origine de douleurs atroces irradiant à distance. Pour BARBOSA, une fusée néoplasique peut se faire dans le canal dentaire.

Un peu plus tard, l'extension atteint la base du crâne et la loge temporale, le plancher de la bouche et la base de la langue, les régions sous-maxillaire et carotidienne.

Le maxillaire inférieur est longtemps respecté. Son atteinte se voit plutôt dans les cancers rétro-molaires inférieurs, développés sur une muqueuse adhérente au périoste, et dans les récidives locales, déjà traitées par les agents physiques. Seul l'examen histologique peut alors faire la part de la radio-nécrose et de l'envahissement néoplasique.

L'envahissement osseux siège en général juste en arrière de la dernière grosse molaire, sur la partie toute postérieure de la branche horizontale.

L'examen histologique après décalcification montre une ostéolyse plus ou moins importante, avec remplacement de lamelles osseuses par un tissu de fibrose dans lequel apparaissent les traînées épithéliomateuses.

L'adénopathie intéresse le ganglion de Küttner et les ganglions sous-maxillaires. Elle est présente une fois sur deux lors de l'examen. Nous y reviendrons à propos de l'examen clinique.

*
* *

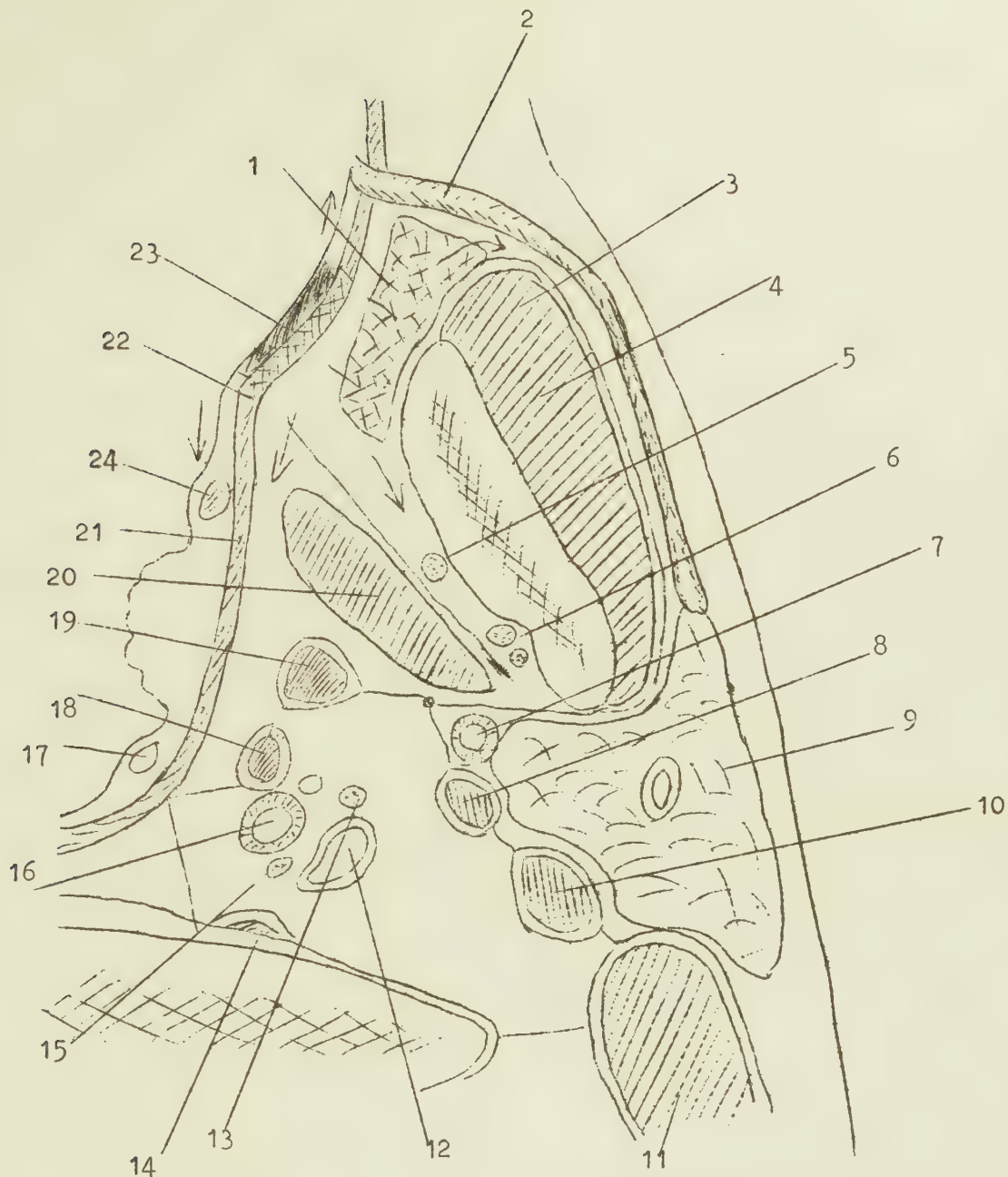


Figure N° 9 - Coupe passant par la fossette rétromolaire avec les diverses extensions néoplasiques possibles.

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1 - Boule de Bichat | 13 - Grand hypoglosse |
| 2 - Canal de Sténon | 14 - Ganglion cervical supérieur du sympathique |
| 3 - Masseter | 15 - Pneumogastrique |
| 4 - Branche montante | 16 - Carotide interne |
| 5 - Nerve lingual, | 17 - Pharyngostaphylin |
| 6 - Pédicule dentaire inférieur | 18 - Stylopharyngien |
| 7 - Carotide externe | 19 - Styloglosse |
| 8 - Muscle stylohyoïdien | 20 - Ptérygoïdien interne |
| 9 - Parotide | 21 - Constricteur supérieur du pharynx |
| 10 - Digastrique | 22 - Ligament ptérygo-maxillaire |
| 11 - Sterno-cléido-mastoïdien | 23 - Buccinateur. |

C L I N I Q U E

Il faut opposer, tant du point de vue pronostique que thérapeutique, les cancers superficiels et les cancers profonds, les uns guérissant dans un certain nombre de cas, les autres aboutissant à la mort d'une manière constante. Si certains cancers restent toujours superficiels, on peut voir assez souvent le passage d'une forme superficielle à une forme creusante.

LES CANCERS SUPERFICIELS

Nous distinguerons la forme très localisée et la forme étendue.

1) Le cancer très localisé est exceptionnel. Il est absolument latent; il est parfois découvert à l'occasion de soins dentaires. Il donne quelques picotements au contact des aliments acides ou chauds. Ou encore, c'est le malade qui a remarqué quelque chose d'anormal dans le fond de sa bouche.

Cette latence est due à la souplesse et à la mobilité de la muqueuse, sur laquelle repose la lésion. Celle-ci fuit latéralement lors de l'occlusion dentaire; elle évite de même le contact brutal avec un aliment lors de la mastication.

L'examen, pour peu qu'il soit sommaire, peut fort bien méconnaître la lésion : minuscule bourgeon végétant, de quelques millimètres de diamètre, rougeâtre, craquelé ou fissuré, transversalement, parfois d'aspect papillomateux. Il est entouré par un discret liseré inflammatoire.

Au toucher, ce bourgeon est presque indolore et présente les caractères classiques des tumeurs néoplasiques : induration et saignement au contact.

On vérifie le caractère localisé et superficiel de la lésion. La muqueuse qui l'entoure est parfaitement souple. Un palper comparatif s'assure que la partie voisine du pilier antérieur n'est pas infiltrée et que le fond du vestibule buccal est libre.

Mais surtout, l'élément essentiel est la mobilité de la lésion. Le doigt la mobilise aisément, aussi bien dans le sens transversal que vertical. Ainsi peut-on affirmer qu'il s'agit d'une lésion superficielle n'ayant pas franchi le buccinateur qui est le seul rempart contre une extension profonde.

La recherche de l'adénopathie est habituellement négative.

Un examen radiographique de principe comprendra un maxillaire défilé et des films intra-buccaux comparatifs des deux régions commissurales.

Enfin, la biopsie est le complément indispensable de l'examen. Comme dans la plupart des cancers bucco-pharyngés, le risque de poussée évolutive la fait pratiquer juste avant ou lors de la mise en oeuvre du traitement.

2) Le cancer superficiel étendu est moins rare que la forme précédente. Il survient souvent chez un sujet présentant des plaques de leucoplasie.

Les signes révélateurs sont discrets.

Les douleurs sont fréquentes, mais modérées, localisées, intermittentes; elles n'apparaissent souvent que lors de la mastication et de la déglutition. Il s'agit plutôt d'une gêne ou d'une sensation de corps étranger dans le fond de la bouche. Une poussée infectieuse peut les exagérer et faire croire à une angine. Une douleur intermittente transmise à l'oreille n'est pas rare.

Des hémorragies discrètes, une salivation excessive, attirent parfois l'attention.

Dès l'ouverture de la bouche, on est frappé par une lésion : plus ou moins bourgeonnante, saignant par endroits, avec parfois des ulcérations superficielles. Assez souvent, il s'agit de traînées serpigineuses.

On apprécie alors l'extension en surface et en profondeur.

L'extension en surface est révélée par l'inspection en s'aidant d'un miroir frontal et de deux abaisse-langues. Elle se fait en dedans, soit en dehors, soit dans les deux directions.

En dedans, l'extension au pilier antérieur est très fréquente; elle est présente dans plus des 3/4 de nos observations. Un peu plus tardive

est l'atteinte du voile du palais, de la face interne de la branche montante et du plancher de la bouche.

En dehors, le fond du vestibule buccal est le premier envahi. Il présente un aspect fissuraire. L'extension sur la joue est plus ou moins importante.

Le rempart alvéolaire est assez souvent atteint.

Un aspect assez fréquent est la forme serpiginieuse évoluant en aile de papillon de part et d'autre de la commissure, vers le voile et la joue.

L'extension en profondeur sera recherchée systématiquement. On retiendra en faveur d'une évolution superficielle :

- l'absence de douleurs irradiant à distance;
- l'absence de toute gêne à l'ouverture de la bouche et à la protraction de la langue;
- des régions massétérides souples et non tuméfiées lors d'une palpation comparatives;
- au palper endobuccal, après pulvérisation d'un anesthésique, on apprécie la souplesse de la lésion sur les plans profonds, en particulier la souplesse du pilier antérieur et du plancher de la bouche. La branche montante, palpée entre l'index et le médian, ne présente pas d'épaississement. La joue est parfaitement souple, le fond du vestibule buccal se laisse bien déplier.
- la sensibilité au doigt et à l'aiguille est normale au menton et à la lèvre inférieure du côté malade;
- des radiographies confirment l'absence de lésion osseuse.

Le bilan dentaire et la biopsie seront pratiqués comme dans la forme précédente.

Quant aux adénopathies, il est fréquent d'en noter déjà l'existence : en règle ganglion sous-angulo-maxillaire, un peu moins souvent ganglion sous-maxillaire, parfois ganglion jugulo-carotidien bas, rarement ganglion parotidien. Il est soit typiquement néoplasique, soit plus souvent cancéro-inflammatoire.

L'état général est souvent assez bon dans les cancers superficiels qui n'entraînent pas de douleurs violentes et ne gênent pas l'alimentation.

LES FORMES CREUSANTES

La douleur en est le signe essentiel. Non seulement douleur localisée à la néoplasie, mais au contraire douleur irradiant à distance, continue, avec des paroxysmes atroces provoqués par la mastication et la déglutition. Elle intéresse l'hémimandibule correspondant, la paroi latérale du pharynx, la face latérale du cou, descendant parfois vers le creux sus-claviculaire ou plus souvent montant vers l'oreille. Elle entraîne de l'insomnie et altère l'état général.

Un trismus plus ou moins marqué lui est en général associé. Le plus souvent, il reste modéré. Le malade est moins gêné par la réduction modérée de l'ouverture buccale que par les douleurs qui accompagnent toute tentative de mastication. Quelquefois, une contracture totale et invincible des masticateurs installée brusquement avec des douleurs vives et de la fièvre, témoigne d'une infection surajoutée. Elle répondra bien aux antibiotiques.

Salivation excessive et crachats sanglants sont parfois signalés.

Douleurs et trismus, par la gêne alimentaire qu'ils provoquent, expliquent l'état de dénutrition et de déshydratation, si fréquents chez ces malades; la peau garde le pli, les traits sont émaciés; un amaigrissement de 10 ou 15 kilos est fréquent.

L'examen physique est loin de montrer toujours des lésions évidentes. Tel malade qui souffrait "de la gorge" et présentait du trismus a été considéré comme atteint d'un phlegmon de l'amygdale et traité par les antibiotiques. Chez tel autre, des douleurs apparemment sans cause ont fait prescrire des neuroleptiques.

Aussi faut-il rappeler que l'examen de la bouche doit être fait au miroir frontal, en s'aidant de deux abaisse-langues métalliques, afin d'inspecter la totalité de la muqueuse buccale.

La commissure intermaxillaire et le pilier antérieur apparaissent nettement lorsque l'abaisse-langue externe refoule en dehors la joue et ouvre le fond du vestibule buccal, tandis que l'abaisse-langue interne refoule la langue en dedans, dégagant le plancher de la bouche, la face interne de l'angle du maxillaire inférieur, le pied du pilier antérieur et le sillon amygdaloglosse.

L'examen portera sur :

- la tumeur et son extension locale
- les aires ganglionnaires
- l'état général et la recherche des métastases.

A) La tumeur et son extension locale peuvent être difficiles à apprécier chez un malade qui souffre et dont l'ouverture buccale est limitée.

1) L'ulcération est souvent encore de petite taille, 1 cm, 1,5 cm, parfois moins. Son fond est recouvert par un dépôt sanieux grisâtre. Ses bords sont bourgeonnants, surélevés, irréguliers. L'induration et le saignement au contact sont habituels. Le stylet y pénètre plus ou moins profondément.

Cette ulcération risque d'être méconnue quand elle est enfouie dans l'oedème ou masquée derrière la dernière molaire.

2) L'extension de la tumeur sera appréciée :

- a) tout d'abord par l'inspection et le palper endobuccaux, comme nous l'avons vu à propos des cancers superficiels
- b) par l'interprétation des signes fonctionnels, qui peut fournir des renseignements très utiles concernant l'extension en profondeur.

1. Le trismus est l'indice très probable d'une forte extension en profondeur.

On s'efforcera d'un préciser le mécanisme.

Il témoigne parfois d'un envahissement jugal postérieur et massétérin. Le palper comparatif montre le masséter du côté malade plus dur, plus tendu.

Le trismus peut être dû à l'envahissement de la région ptérygo-maxillaire. Le palper endobuccal, lorsqu'il est possible, peut montrer une perte de souplesse du pilier antérieur et de l'amygdale. Un signe important, valable seulement en l'absence d'adénopathie, est l'existence d'un comblement dur de la région rétro-maxillaire, facilement perçu chez un sujet maigre, lorsqu'on introduit le doigt derrière l'angle de la mâchoire, vers l'insertion du ptérygoïdien interne.

Le temporal peut être irrité au niveau de son tendon terminal.

A l'atteinte musculaire directe se surajoute une atteinte nerveuse, réflexe, par irritation des nerfs du masseter et des ptérygoïdiens au plafond de la loge ptérygo-maxillaire.

Tel est le trismus par envahissement néoplasique dont la signification pronostique est toujours fatale.

Il est à distinguer du trismus d'origine inflammatoire. On l'envisage devant un trismus très intense, installé brusquement, accompagné de douleurs vives, et qui régresse après quelques jours d'antibiotiques.

2. Les douleurs irradiant à distance et les atteintes des gros troncs nerveux évoquent une extension profonde, mais leur interprétation exacte est difficile. Le plus souvent, les douleurs ne correspondent pas à un territoire nerveux précis et ne s'accompagnent d'aucun signe objectif de déficit. Les douleurs irradiant vers l'oreille sont très fréquentes et se voient, mais moins souvent dans les cancers superficiels. Rarement un signe de Vincent (anesthésie du menton et de la lèvre inférieure du côté malade) témoigne d'une atteinte du dentaire inférieur.

3. Quant à la déviation de la langue du côté malade lors de la protraction, c'est un signe tardif qui relève autant de l'envahissement musculaire direct que de l'atteinte du XII.

c) L'extension à la région jugale et massétérine sera également recherchée : parfois, on trouve une tuméfaction massétérine dure, visible et palpable. Lors du pincement, il existe parfois une adhérence de la peau aux plans profonds. Le jeu des peauciers peut être réduit lors de la mimique, soit par atteinte musculaire directe, soit par atteinte des filets nerveux.

d) L'examen radiologique revêt une importance fondamentale pour dépister l'envahissement osseux.

L'incidence du maxillaire défilé ne peut révéler que des lésions grossières.

La branche montante sera bien vue, soit par des tomographies sagittales, soit par l'incidence de Parma (cliché fait avec un appareil de dentiste, à faible distance, la plaque étant contre la mandibule opposée).

Le détail de la trame osseuse au niveau de la région rétro-molaire sera très bien vu sur des films intrabuccaux comparatifs.

Des tomographies frontales montreront à la fois la branche montante et la tubérosité du maxillaire supérieur; celle-ci est à vrai dire rarement atteinte.

B) L'examen des aires ganglionnaires

L'adénopathie peut se voir dans les cancers les plus petits; on sait qu'il n'y a pas de rapport entre la taille du cancer et celle de l'adénopathie.

L'adénopathie est nettement plus fréquente que dans les cancers superficiels : elle est présente dans les 4/5 des cas.

Il s'agit soit d'un ganglion sous-angulo-maxillaire, soit d'un ganglion sous-maxillaire. L'adénopathie jugulo-carotidienne basse est plus tardive et accompagne une des localisations précédentes, mais elle peut être isolée, comme dans une observation de BARBOSA. Rarement l'adénopathie siège du côté opposé; son pronostic est des plus péjoratifs.

Elle présente des aspects variables.

Parfois, on met en doute la malignité d'un nodule indolore, de petite taille, dur, surtout s'il en existe de semblables du côté opposé.

Assez rarement, on trouve le ganglion néoplasique typique, dur, indolore, sans péri-adénite. Il suppose un cancer non infecté.

En règle, il s'agit d'une adénopathie cancéro-inflammatoire. Elle est douloureuse, spontanément et au palper; la péri-adénite empâte parfois ses contours. Ces signes ont pu s'exagérer brusquement à l'occasion d'une poussée fluxionnaire. Elle peut adhérer au maxillaire et à la peau. Sous l'action des antibiotiques, on assiste à la régression, voire à la disparition des ganglions, ce qui n'implique nullement leur intégrité histologique.

Comme l'a signalé DARGENT, à propos des cancers du plancher de la bouche, une hypertrophie de la région sous-maxillaire peut être due à une sous-maxillite chronique.

Au terme de cet examen loco-régional, il reste, avant toute biopsie, à dépister une poussée évolutive éventuelle. On la soupçonnera devant l'apparition ou l'aggravation très rapide des symptômes, la réaction oedémateuse locale, l'adénopathie brusquement apparue souvent molle et douloureuse, le fébricule, l'hyperleucocytose avec parfois éosinophilie, et l'accélération de la vitesse de sédimentation.

Une telle poussée contre-indiquerait en principe tout traumatisme local et en particulier la biopsie.

En réalité, tous ces signes sont aussi réalisés par l'infection. Aussi faut-il, lorsqu'on les constate, prescrire des antibiotiques, des corticoïdes, des désinfiltrants type oxyferriscorbone, et remettre à plus tard la biopsie qui sera précédée de 2 ou 3 séances de radiothérapie.

C) La recherche des métastases (surtout pulmonaires) est le plus souvent négative. Quant à l'examen général, ses résultats conditionnent le traitement et seront revus à son propos.

LES CANCERS VUS TARDIVEMENT

Chez un malade amaigri, aux traits tirés, accusant des douleurs atroces permanentes, à l'haleine fétide, l'examen buccal, rendu très difficile par le trismus, trouve une lésion qu'il est bien difficile de limiter exactement. Il existe le plus souvent une grosse adénopathie adhérent plus ou moins à l'os.

Il faut alors prescrire des antibiotiques et assurer une nutrition correcte, par sonde gastrique ou gastrostomie.

Après quelques jours, on aura parfois la surprise de constater qu'une thérapeutique curative est encore possible.

FORMES CLINIQUES

1) Nous mentionnerons seulement :

- . les formes révélées par une adénopathie,

- . les cancers subaigus ou aigus, qui n'ont rien de spécifique,
- . les cancers développés sur lésion précancéreuse, les variantes histologiques possibles, qui ont été déjà étudiées.

2) Le cancer rétromolaire supérieur

s'apparente au cancer du maxillaire supérieur. Il envahit précocement la grosse tubérosité et donne une ulcération creusante derrière la grosse tubérosité souvent difficile à voir.

3) Le cancer rétromolaire inférieur

rappelle le cancer du maxillaire inférieur : telle l'observation de RUPPE, rapportée dans la thèse d'ABOULKER.

Il est révélé par une ulcération rétromolaire inférieure, par la chute ou la mobilité anormale de la dernière molaire inférieure.

On peut trouver une atteinte du dentaire inférieur.

La radio montre très tôt une perte de substance osseuse.

4) Cancers multiples et métastases

Parfois la deuxième localisation est de type histologique nettement différent. Il s'agit bien alors d'un nouveau cancer, par exemple cancer baso-cellulaire cutané associé à un cancer malpighien spino-cellulaire du T R M (1 cas).

Beaucoup plus souvent, la deuxième localisation est de type histologique semblable. Il est alors difficile de dire s'il s'agit d'une métastase ou d'un nouveau cancer. Lorsque les deux localisations sont simultanées, ou séparées par quelques mois, on évoque plutôt une métastase par diffusion lymphatique sous-muqueuse.

Elle siège en règle : soit sur le carrefour aéro-digestif (sillon glosso-amygdalien du même côté, plancher de la bouche du côté opposé), soit sur l'oesophage (CHENE, CACHIN).

Dans 3 cas, il s'agissait de localisation pulmonaire survenant 10 mois, 19 mois et 4 ans 1/2 après le cancer initial. Bien que l'examen histologique n'ait pas été fait, on doit plutôt les considérer comme des métastases.

- 5) Nous ne ferons que citer les cancers secondairement étendus au T R M, qui sortent du cadre de cette étude : cancer ayant débuté au pilier antérieur, à la face interne de l'angle du maxillaire inférieur, sur le plancher de la bouche, la région molaire, la joue ou le fond du vestibule.

EVOLUTION

A) Elle est parfois favorable

Fait capital, cette évolution favorable ne s'observe que dans les formes superficielles, qu'elles soient localisées ou plus souvent étendues, en règle sans adénopathie.

Ses modalités dépendent du traitement mis en oeuvre.

1) Après curiethérapie, l'aiguillage donne lieu à une zone réactionnelle qui se cicatrise en deux à quatre semaines. La radiomucite disparaît. Seule persiste une cicatrice blanchâtre, indurée, mais qui s'assouplit de semaine en semaine et finit par disparaître sans laisser aucune séquelle.

Une ostéoradionécrose peut se voir 1 à 5 ans après. Elle peut conduire à l'élimination d'un séquestre. Ces nécroses restent en général limitées; elles sont relativement bénignes; elles n'en sont pas moins souvent prolongées. Elles réagissent favorablement aux antibiotiques (pénicilline - streptomycine) associés à de hautes doses de vitamine C.

2) Après roentgenothérapie ou télécobalthérapie : la lésion s'efface ou plus souvent diminue, de la périphérie vers le centre, puis disparaît, laissant des télangiectasies ou une tache achromique à ce niveau.

La réaction cutanée et muqueuse post-radiothérapique disparaît en quelques semaines, laissant souvent une peau un peu amincie et télangiectasique.

L'asialie et l'ageusie sont fréquentes et peuvent persister plusieurs années.

La zone irradiée demeure souple à des examens successifs; aucun ganglion n'apparaît.

Des accidents tardifs sont possibles, favorisés par une curiethérapie antérieure :

- ulcération muqueuse atone et douloureuse, qui peut accompagner une ostéoradionécrose ou évoluer isolément. Elle pose le problème d'une récidive locale. L'absence d'aggravation puis sa cicatrisation, souvent très lente, permettront seules d'affirmer sa bénignité.

- L'ostéoradionécrose tardive est le risque essentiel : des douleurs violentes, souvent un trismus, font découvrir une ulcération dont l'exploration au stylet conduit sur l'os nu. La radio montre un séquestre qui va s'éliminer 6 semaines à 6 mois plus tard, voire plusieurs années après. On peut hâter sa chute chirurgicalement. L'évolution peut durer des années, marquée par des poussées de surinfection avec douleurs intenses, trismus serré, fièvre, par l'élimination de nouveaux séquestres, parfois par une fracture. L'alimentation est difficile, le malade dénutri. Elle constitue donc un risque redoutable, qui semble un peu moindre avec la cobalthérapie qu'avec la radiothérapie à 200 KV. Son traitement chirurgical et prothétique est des plus difficiles.

B) L'évolution est très souvent défavorable

Celle-ci est fréquente dans les cancers superficiels où on assiste, impuissant, à l'extension en profondeur.

Elle est constante dans les cancers profonds, au moins dans les statistiques dont nous avons eu connaissance, qui comportent très peu de cas traités par exérèse chirurgicale large.

1) L'évolution est parfois immédiatement défavorable.

a) Après un aiguillage : la zone traitée ne cicatrise pas; la persistance de cette zone après 3, 4 semaines, ou l'apparition d'un bourgeonnement au pourtour de la zone aiguillée, conduisent à la biopsie qui confirme la non-stérilisation des lésions.

On peut alors, soit tenter un nouvel aiguillage, soit faire une électrocoagulation, soit faire de la radiothérapie. L'échec de ces méthodes est constant lorsqu'il existait un envahissement profond.

b) Alors que la radiothérapie est en cours, douleurs et trismus s'exagèrent, l'ulcération s'étend. Il faut interrompre le traitement.

c) L'adénopathie se bilatéralise ou devient inextirpable, alors que le traitement est en cours.

2) Ailleurs, l'évolution d'abord favorable autorise quelques espoirs

Sous l'action de l'aiguillage ou de la radiothérapie, on assiste à la cicatrisation de la lésion. Mais la zone traitée reste épaissie, indurée. On hésite encore entre néo et sclérose cicatricielle. Loin de régresser d'un examen à l'autre, la lésion persiste, grossit, enfin s'ulcère, tandis qu'apparaissent douleurs et trismus. Ces signes précèdent parfois l'ulcération et annoncent l'échec thérapeutique.

Les formes bourgeonnantes apparemment superficielles réagissent souvent très bien à la radiothérapie, mais elles récidivent sous une forme ulcéreuse et creusante : une telle évolution en profondeur est de pronostic très défavorable.

3) L'évolution fatale est alors inéluctable

Douleurs et trismus imposent un geste thérapeutique à visée antalgique : intervention type DARGENT, si le sujet peut la supporter. Elle agit bien sur le trismus et surtout les douleurs. Mais ses suites sont souvent pénibles : accidents pulmonaires, cicatrisation lente, gêne persistante de la déglutition, fistule au niveau de la tranche de section osseuse. Surtout, le cancer continue d'évoluer et s'étend parfois au plancher de la bouche, plus souvent en arrière, au niveau de la tubérosité et de l'espace maxillo-pharyngien.

Parfois, on fait une électrocoagulation. Elle agit parfois très bien sur les douleurs qui disparaissent. Le trismus persiste et peut être brusquement aggravé par des phénomènes inflammatoires. Mais le cancer continue à évoluer.

Dans d'autres cas, les traitements médicaux sont seuls de mise et la mort survient par cachexie ou accidents pulmonaires, hâtée parfois par une ulcération d'un gros vaisseau.

4) Il est plus rare d'observer :

- une récurrence ganglionnaire alors que la lésion locale paraît stérilisée;

- un autre cancer (surtout oesophagien) ou une métastase (surtout pulmonaire) alors que l'état local et ganglionnaire est satisfaisant.

Tels sont les résultats lamentables très habituellement observés jusqu'ici. La chirurgie radicale, telle que l'a pratiquée BARBOSA, semble donner des résultats encourageants, bien que le recul soit encore insuffisant.

DIAGNOSTIC

La biopsie est indispensable pour affirmer le diagnostic. Elle seule permet à coup sûr d'éliminer :

Devant une ulcération :

- une lésion traumatique : mais elle doit disparaître en 15 jours;
- un accident de la dent de sagesse;
- les ulcérations spécifiques classiques ne siègent pratiquement jamais à la fossette rétro-molaire, ou du moins jamais isolément. Dans un cas, une ulcération néoplasique fut considérée comme tuberculeuse et traitée comme telle pendant 2 mois;
- une dyskératose précancéreuse de BOWEN est exceptionnelle mais possible : HALPHEN l'a signalée à ce niveau. Le diagnostic ne peut être qu'histologique.

Une lésion végétante :

est pratiquement toujours néoplasique à ce niveau.

Un aspect papillomateux

impose un examen histologique particulièrement minutieux en raison du risque de dégénérescence en une zone très limitée.

En fait, le danger est surtout de ne pas voir le cancer en raison d'un examen trop sommaire.

ESSAI DE CLASSIFICATION

Il n'est guère facile d'établir une classification valable, en raison du petit nombre de cas étudiés. Elle est d'ailleurs purement théorique et n'a pas d'application pratique.

En adoptant la classification internationale, on pourrait distinguer :

- Le Stade I : tumeur superficielle
peu étendue (moins de 2 cm sur 2).
- Le Stade II : tumeur superficielle
étendue aux muqueuses voisines (joue, voile, pharynx).
- Le Stade III : tumeur creusante : ayant franchi le buccinateur; elle envahit la région massétéridine et l'espace maxillo-pharyngien.
L'exérèse chirurgicale radicale reste possible.
- Le Stade IV : tumeur ulcérée et étendue à l'espace maxillo-pharyngien, à l'amygdale, à la région massétéridine, à la peau de la joue;
donc au-delà de toute ressource chirurgicale.

Il faut en pratique opposer les stades I et II, où le cancer est superficiel et peut guérir, aux stades III et IV dont le pronostic est lamentable.

PRONOSTIC

Le pronostic des cancers rétro-molaires est des plus mauvais : plus mauvais que ceux de la face interne de l'angle du maxillaire inférieur et de la région molaire, beaucoup plus mauvais que ceux de la région amygdalienne.

Il est différent, nous l'avons vu, pour les formes superficielles et les formes profondes.

Les formes superficielles peuvent guérir, même lorsqu'elles sont étendues, même lorsqu'il existe une deuxième localisation si celle-ci est également radiocurable. L'existence d'une adénopathie aggrave considérablement le pronostic de ces formes.

Le pronostic des cancers profonds est catastrophique. L'échec de la radiothérapie est certain. Aussi est-il du plus haut intérêt de prévoir une telle éventualité. Les signes témoignant d'une extension profonde sont :

- accessoirement : les douleurs,
- souvent : l'aspect local,
- essentiellement : le trismus.

Des douleurs violentes, permanentes, irradiant à distance, sont en faveur d'une extension profonde. Mais leur interprétation est difficile car variable d'un malade à l'autre; de plus l'otalgie réflexe peut se voir aussi dans les formes superficielles.

A l'examen local, il arrive qu'une ulcération manifestement térébrante s'offre à la vue. Souvent, il n'en est pas de même : l'ulcération est minuscule, l'induration qui l'entoure peut être inflammatoire.

Le trismus est de beaucoup le signe le plus intéressant sur le plan du pronostic.

On élimine le trismus en rapport avec l'infection ou une radionécrose dont nous avons vu les caractères. Ces cas mis à part, l'existence d'un trismus permanent permet d'affirmer à coup sûr l'extension profonde et l'échec de la radiothérapie, ainsi que de tous les agents physiques quels qu'ils soient.

Tous nos malades sont morts dans les deux ans qui ont suivi l'apparition du trismus. La seule exception concerne un trismus par radionécrose.

Nous verrons plus loin les déductions thérapeutiques à tirer.

*

* *

T R A I T E M E N T

Nous envisagerons successivement :

I - Les méthodes :

1. Rocntgenothérapie
2. Curiethérapie
3. Electrocoagulation
4. Traitement chirurgical
5. Chimiothérapie.

II - Les indications thérapeutiques

III - Les résultats.

CURIEPUNCTURE

A) Radiumpuncture

1) Matériel

Les aiguilles utilisées sont de trois types :

- 2 mg Ra 2 cm de long,
- 2 mg Ra 4 cm de long,
- 1 mg Ra 2 cm de long.

Le Ra est réparti de façon homogène sur toute la longueur de l'aiguille; la filtration est assurée par une gaine de 0,5 mm de platine. L'aiguille présente un chas à une extrémité, dans lequel sont passés un fil de laiton et une soie.

2) Mode d'action

Le radium émet un triple rayonnement α , β , γ . Les rayons α en totalité et β en très grande partie, sont arrêtés par la filtration.

Seuls interviennent les rayons γ , physiquement identiques aux rayons X ou aux rayons lumineux, à ceci près que leur longueur d'onde est beaucoup plus courte.

3) Calcul de la dose

Il est fonction du volume et de l'étendue de la tumeur : c'est dire l'importance fondamentale d'un examen clinique minutieux.

Le but est d'obtenir 1,5 mcd (millicuries détruits) par cm³ de tumeur, ou mg/h (milligrammes heures) (x 128).

4) Anesthésie

1. Si la lésion est très localisée et que l'examen clinique a pu être correctement fait,
on peut se contenter d'une anesthésie locale à la xylocaïne adrénalinée et d'une prémédication de base (phénergan, dolosal, largactyl).
2. Si la lésion est étendue, il faut une anesthésie générale en circuit fermé, avec intubation nasale et curarisants.

5) Disposition des aiguilles

Elle vise à obtenir une irradiation homogène de toute la tumeur.

Les lignes isodoses étant ombiliquées à leur extrémité (surtout à cause de la plus grande épaisseur de platine à leurs extrémités), il faut faire en sorte que les deux extrémités dépassent les limites de la zone à irradier.

D'autre part, l'aiguillage étant fait par la bouche ouverte, il faut tenir compte des changements de position qui surviendront lorsqu'elle se fermera.

Chaque cas pose un problème particulier et il n'est guère possible d'appliquer les règles de PATTERSON et PARKER concernant la répartition des aiguilles dans un plan simple et dans un volume.

a) Lésion localisée à la commissure

On utilise un petit nombre d'aiguilles : 2, 3, 4 aiguilles de 1 ou de 2 mg.

Elles seront placées verticalement : c'est la disposition qui est la moins modifiée par l'occlusion de la bouche. Par exemple, pour un bourgeon rétromolaire très localisé, on placera 2 aiguilles verticales encadrant la lésion de part et d'autre de la commissure, et la dépassant en haut et en bas. Chaque fois que possible, on les placera tête bêche, puis on nouera ensemble les fils de laiton ou de soie, de sorte qu'elles se maintiendront l'une l'autre.

Dans certains cas (par exemple, petite zone ulcérée dont on apprécie mal la profondeur), on complètera par 1 ou 2 aiguilles horizontales, enfoncées profondément dans la commissure.

b) Lésion dépassant la commissure

Chaque région pose des problèmes particuliers.

L'extension à la joue

surtout lorsqu'elle est superficielle et de type exophytique, se prête particulièrement bien à l'aiguillage.

En cas de lésion n'excédant pas 1 cm d'épaisseur, on les implantera en un seul plan, parallèlement à la muqueuse et à 1 cm les unes des autres. Elles doivent rester parallèles entre elles.

En cas de lésion profonde, on les implantera perpendiculairement à la muqueuse, tout autour de la lésion, ou au besoin à travers celles-ci si elle est trop étendue.

Pilier antérieur et voile

1 ou 2 aiguilles verticales peuvent être aisément implantées dans le pilier antérieur.

Dans le voile, les aiguilles seront horizontales et antéro-postérieures sous la muqueuse.

Rebords alvéolaires

Leur atteinte contre-indique en principe la curie puncture. Seule une lésion muqueuse, à l'exclusion de toute lésion osseuse, sera justiciable de curie puncture. Encore devra-t-on diminuer les risques de radionécrose en incisant la muqueuse au niveau des alvéoles des dernières molaires. Le mucopérioste est refoulé en dehors à la rugine et maintenu écarté de l'os par une mèche.

On place alors les aiguilles autour de la lésion.

Le même procédé serait au besoin applicable au niveau du palais osseux.

Plancher de la bouche

On aura recours, soit à une implantation verticale en palissade circonscrivant la lésion (si on redoute une extension en profondeur), soit à une implantation horizontale si la lésion est superficielle.

Il faut éviter de placer des aiguilles au contact direct du maxillaire : un espace de 0,5 cm au moins doit être laissé entre l'os et les aiguilles. Si la lésion est trop proche de l'os, on l'en écartera par l'artifice décrit à propos du rebord alvéolaire.

6) La biopsie

sera faite au moment de l'aiguillage et on demandera son résultat dans les 24 heures, de façon à pouvoir éventuellement supprimer l'aiguillage en cas d'erreur. En cas de doute sérieux, on pourrait d'ailleurs demander une biopsie extemporanée.

7) Fixation des aiguilles

Un fil de bronze et une soie ayant été passés dans le chas des aiguilles, celles-ci sont mises en place à l'aide d'une pince porte-aiguilles et de poussoirs droits et courbes.

La soie est passée à travers la muqueuse avec une aiguille de Reverdin et nouée sur place. A la fin de l'aiguillage, les fils métalliques et les soies sont torsadés ensemble, maintenus par du sparadrap, coudés à la commissure buccale et fixés par du sparadrap sur la joue.

8) Préparation du malade

Avant la pose du radium, on pratiquera l'avulsion des deux molaires postérieures des deux mâchoires, ainsi que de tous les chicots, les obturations et prothèses fixes métalliques (amalgames, inlays, couronnes, bridges). On attendra la cicatrisation complète des alvéoles (6 à 8 jours).

En même temps, des antibiotiques seront prescrits; ils seront poursuivis un peu au-delà de la durée de l'aiguillage.

9) Pendant l'aiguillage

Le contrôle de l'aiguillage sera fait le lendemain par des clichés de face et de profil. Le déplacement ou la chute d'une aiguille doivent faire revoir le dosage.

Une nutrition correcte sera assurée par une sonde nasale; ainsi évitera-t-on la dénutrition, les douleurs et le déplacement des aiguilles que favoriseraient les mouvements de la mandibule.

10) L'ablation des aiguilles

ne pose aucun problème; celles-ci étant rendues mobiles par la nécrose des tissus voisins. Le malade ayant été prémédiqué, une traction légère sur chaque aiguille suffit à la libérer, et souvent même sans avoir besoin de couper les fils qui les fixaient.

B) Les autres techniques de curiepuncture

1) Puncture par grains d'or 138 radio-actif, mis en place autour ou à l'intérieur de la tumeur, à l'aide d'un pistolet dont le canon comporte des graduations en cm permettant de localiser exactement les grains.

2) Le cobalt 60 peut être employé sous forme d'aiguilles de cobanic, alliage contenant 45 % de cobalt et 55 % de nickel. Le fil de cobanic est recouvert de 0,1 mm de nickel pour éliminer les rayons β .

Il a pour avantage son prix de revient faible (préparation aisée dans une pile atomique), sa protection plus facile, du fait des manipulations à distance à l'aide d'un aimant, en raison des propriétés magnétiques du cobalt.

Son inconvénient majeur est sa période relativement courte (5 ans), qui oblige à revoir la dosimétrie à intervalles rapprochés, alors que la période du radium (1600 ans) permet d'établir la dosimétrie une fois pour toutes.

C) Etude critique de la curiepuncture

1) Avantages

Cette méthode permet une grande sélectivité et l'apport d'une dose de radiations élevée et bien centrée sur la tumeur.

L'action sur les tumeurs bourgeonnantes est souvent remarquable. Elles fondent dans les jours qui suivent le traitement, faisant place à une zone fibreuse blanchâtre qui tendra à s'atténuer secondairement.

Donc, évolution rapide et non mutilante, du moins lorsque l'indication opératoire a été correcte, c'est-à-dire lésion limitée ayant comporté la pose d'un petit nombre d'aiguilles, chez un malade n'ayant pas encore subi de radiothérapie. Dans ces conditions, le risque de radionécrose du maxillaire est limité, la radiomucite est modérée, les douleurs sont supportables et transitoires. Il faut signaler toutefois la fréquence du delirium tremens chez des malades aiguillés.

2) Les inconvénients sont :

- la difficulté à poser correctement l'indication de la curi-thérapie. L'échec est certain en cas d'extension en profondeur. Aussi est-il souhaitable de conduire l'aiguillage sous anesthésie de base très poussée ou anesthésie générale avec curarisants; une ouverture large de la bouche permettra alors un bilan tumoral très soigneux et conduira éventuellement à un changement de thérapeutique.

- La technique en est d'exécution délicate et variable avec chaque cas. De plus, les déplacements secondaires des aiguilles entraînent des surdosages, d'où nécrose, et des sous-dosages, avec poursuite de l'évolution néoplasique.

ELECTROCOAGULATION

1) Principes

Le passage d'un courant de haute fréquence dans les tissus entraîne des effets complexes, les uns surtout mécaniques aboutissant à une dislocation cellulaire, les autres thermiques conduisant à la coagulation des tissus.

Le passage d'ondes entretenues dans les tissus réalise un courant de section entraînant une dislocation cellulaire, mais peu de coagulation.

Le passage d'ondes amorties (fournies par un éclateur), sous une forte intensité et une faible tension, réalise un courant de coagulation, dont l'intérêt en cancérologie a été mis en évidence par GERNEZ, MOULONGUET et

MALLET en 1935. CERNEA a montré l'intérêt de cette méthode dans le traitement des cancers du maxillaire inférieur.

Au contact de l'électrode se forme une zone blanchâtre, puis les tissus entrent en ébullition, pour aboutir à la carbonisation : celle-ci forme un manchon isolant l'électrode et doit être évitée. L'adjonction aux ondes amorties d'ondes entretenues en faible quantité évite le charbonnage.

La coagulation aboutit à la constitution d'un escarrhe qui se continue sans zone de transition avec la zone saine.

Elle réalise une oblitération suffisante des petits vaisseaux pour éviter une hémorragie. Pour les gros vaisseaux, le risque d'hémorragie secondaire par chute d'escarrhe peut conduire à des ligatures préventives.

L'oblitération des lymphatiques évite la dissémination néoplasique.

2) Technique

On utilise des électrodes en boule de différents calibres pour les parties molles, une électrode en pointe pour la section du maxillaire.

La préparation du malade et le bilan pré-opératoire devront être conduits comme pour une intervention chirurgicale majeure.

Lorsque le malade est dénutri et déshydraté, on mettra en place une sonde nasale quelques jours avant l'intervention, pour assurer un apport liquidien, calorique et protidique suffisant. On prescrira des antibiotiques par voie générale; on enlèvera les chicots infectés.

Anesthésie

L'anesthésie générale est seule de mise. Elle pose les mêmes problèmes que pour une intervention chirurgicale majeure. En raison du risque d'explosion, l'oxygène et les gaz inflammables sont contre-indiqués. On emploiera donc soit des gaz non inflammables (fluothane), soit des barbituriques soufrés (penthiobarbital, thiogénal).

Lorsque la lésion est relativement localisée et s'étend peu vers le pharynx, on peut se contenter d'une intubation laryngée par voie nasale.

Le plus souvent, en raison du risque de complications pulmonaires ou d'œdème de la glotte, on pratique d'emblée une trachéotomie sous anesthésie

locale. On pousse l'anesthésique par voie veineuse juste avant l'ouverture de la trachée et on met en place une sonde à ballonnet gonflable.

Technique opératoire

Voie d'abord

La voie buccale est toujours suffisante.

La langue est écartée par une grosse soie transfixiante passée très en arrière dans la partie mobile de la langue, la bouche maintenue béante avec un ouvre-bouche.

Des écarteurs en bois protègent les parties molles de voisinage.

L'étendue de la coagulation

est appréciée par le palper endobuccal pré-opératoire. Si on a fait préalablement un curage ganglionnaire, on associe le palper endobuccal au palper par la brèche opératoire.

L'électrode devra dépasser de 0,5 cm au moins les limites de la tumeur.

On enlève à la curette les tissus carbonisés.

On vérifie au palper la souplesse des bords de la zone escarrhifiée.

L'électrode indifférente doit adhérer strictement au plan cutané; aucune trace de sang ou de liquide ne doit la recouvrir.

Hémostase

Bien souvent, le saignement opératoire est nul.

Si un curage ganglionnaire a été fait, on a lié la linguale et la carotide externe. Sinon, une hémorragie secondaire peut obliger à le faire.

Pour prévenir l'hémorragie, on peut, comme le conseille LABAYLE, rapprocher les deux versants de la zone coagulée avec de gros catguts transfixiants.

Le problème osseux

On utilisera une électrode en pointe, qui permet de déchausser les dernières molaires. Après leur extirpation, l'électrode est introduite dans l'alvéole dentaire.

L'étendue de l'ostéonécrose à réaliser est variable. S'il n'y a

pas de signes radiologiques d'envahissement, on se contente de mettre à nu le bord antérieur de la branche montante.

Un envahissement osseux sur les clichés guidera l'électrocoagulation; on s'efforcera de respecter une attelle postérieure.

L'os nécrosé forme un séquestre visible sur les clichés après deux ou trois semaines. Son élimination se fera très tardivement, à partir du 2ème mois.

Les traitements adjuvants

Ils comprendront antibiotiques, lavages de bouche avec des solutions antiseptiques, aspirations bronchiques à la demande.

L'apport calorique et liquidien doit être suffisant.

Barbituriques et ganglioplégiques sont souvent utiles.

Suites opératoires

Sur le plan général, elles sont souvent simples. Une hyperthermie est fréquente les premiers jours.

Localement, l'examen est gêné les premiers jours par un trismus qui va s'atténuer en quelques jours. On constate autour de la zone escarrifiée une zone de phlyctènes bientôt érodées, véritable brûlure du 2ème degré due à la chaleur dégagée lors de l'électrocoagulation. Plus à distance, la muqueuse est rouge. La langue, la muqueuse jugale et pharyngée sont oedématisées.

En 10 à 15 jours, la réaction muqueuse disparaît; les bords de l'escarrhe bourgeonnent. Son fond grisâtre conduit sur un séquestre osseux qui va s'éliminer spontanément ou qu'on extirpera, souvent très simplement, quelques semaines ou quelques mois plus tard.

Les complications possibles sont :

- l'infection broncho-pulmonaire,
- le delirium tremens,
- l'hémorragie secondaire reste la complication majeure. Surtout fréquente vers le 15ème jour, elle peut aussi survenir plus tôt et nous avons observé une hémorragie foudroyante au 4ème jour. Son traitement est difficile :

les ligatures de carotide externe, même bilatérales, sont peu efficaces. On est réduit bien souvent à l'hémostase locale directe par tamponnement, ou à la ligature d'un vaisseau qu'on voit saigner.

3) Critique de la méthode

Ses avantages sont :

- d'être moins mutilante que la chirurgie,
- de supprimer certaines algies intolérables dues à l'irritation néoplasique des troncs nerveux.

Son inconvénient majeur est d'être aveugle : l'étendue de la zone à coaguler ne peut être appréciée que par la vue et le palper dont on sait le peu de valeur, d'où les risques de récurrence locale.

4) Indications - Résultats

Elle ne peut être le traitement unique et initial du cancer, quel qu'il soit.

Elle permet de détruire largement un reliquat post-curiothérapique ou post-roentgenothérapique, ou une récurrence locale, mais seulement lorsque la lésion est limitée et superficielle.

L'électrocoagulation des cancers profonds n'a donné que des échecs.

ROENTGENTHERAPIE

La radiothérapie des cancers de la commissure intermaxillaire est dominée par une donnée fondamentale : il est impossible d'exclure le maxillaire inférieur du volume cible.

Il en résulte un risque de radionécrose particulièrement élevé, risque plus élevé que dans les cancers de l'amygdale ou du plancher de la bouche, où certaines incidences permettent d'éviter en partie le maxillaire inférieur.

C'est surtout en fonction de ce risque qu'il faut apprécier les améliorations successives apportées aux techniques de roentgenthérapie.

1) La préparation du malade

sera la même, quelle que soit la méthode de roentgenthérapie envisagée. Elle doit être double :

1. Chez un malade très amaigri et déshydraté, il importe tout d'abord de remonter l'état général : apport liquidien, calorique et protidique suffisant, au besoin par sonde nasale ou en perfusion, vitaminothérapie, médications à visée hépatique. La négligence de ces règles obligerait à l'interruption précoce du traitement et finalement à l'échec.

2. La mise en état de la bouche exige la collaboration du stomatologiste. Ses règles ont été récemment rappelées par FRIEZ : "Il convient non seulement d'assurer une mise en état de la bouche tendant à la suppression de tous les foyers infectieux évidents ou latents, intéressés directement ou indirectement par l'irradiation, mais de faire disparaître dans cette zone les dents saines et aussi toutes les obturations et prothèses fixes métalliques (amalgames, inlays, couronnes et bridges)."

Il n'est souvent pas facile de convaincre un malade peu incliné à laisser sacrifier une dent suspecte, mais absolument silencieuse, ou même une dent saine.

Les limites des champs d'irradiation et les doses probables à distribuer doivent être fournies par le radiothérapeute, qui doit travailler en collaboration étroite avec le stomatologiste.

Des radiographies systématiques des zones intéressées décèleront éventuellement des inclusions dentaires, telles que dents de sagesse, canine ou apex, fracturées antérieurement et que l'examen clinique ne peut révéler.

Il faut tenir compte des zones de pénombre à la limite des champs d'irradiation, et de la technique des champs multiples qui impose des extractions aux deux maxillaires.

On limitera au maximum les délabrements opératoires par des sacrifices osseux limités à la partie superficielle des rebords alvéolaires et des septa inter-radiculaires et inter-alvéolaires. Une révision à la curette de la cavité opératoire permettra d'éliminer d'éventuelles esquilles et d'énucléer les foyers apicaux.

II - Les méthodes de roentgenthérapie

sont nombreuses. On n'emploiera plus la roentgenthérapie superficielle ou semi-pénétrante, sauf pour l'irradiation enco-buccale. Les procédés actuellement utilisés sont :

- la roentgenthérapie conventionnelle,
- la radiothérapie par corps radio-actifs : cobalt, coesium. Il faut insister sur l'importance de la télécobalthérapie : la pénétration plus forte réduit les risques de radionécrose du maxillaire et la réaction cutanée. La plupart des auteurs la préfèrent maintenant à la roentgenthérapie conventionnelle.
- la radiothérapie à haute énergie : bétatron, accélérateur linéaire.

A) La radiothérapie conventionnelle

a été le procédé le plus employé dans nos observations. Aussi le prendrons-nous pour type.

La tension secondaire est de 200 à 300 KV, l'intensité secondaire de 10 à 15 mA (ce qui permet de distribuer une dose élevée en un temps relativement bref), la filtration de 1 mm Cu + 2 mm Al, la distance focus-peau de 50 cm.

La dose à fournir

est variable suivant que le traitement est palliatif, curatif ou pré-opératoire. Elle est de l'ordre de 6.000 r/T pour un traitement curatif.

Les champs d'irradiation

doivent intéresser la tumeur et les aires ganglionnaires.

a) Irradiation de la tumeur

Elle se fait par trois champs :

1. Champ lésionnel jugo-maxillaire hémolatéral : le rayon incident est normal aux téguments. Il est centré sur l'angle du maxillaire. Ses limites inférieure et postérieure sont aux bords inférieur et postérieur de la mandibule. Sa hauteur et sa largeur sont de 6 à 9 cm en moyenne. Il faut protéger le tympan, mettre un cache plombé sur la langue et les dents.

Le rendement est de 50 à 60 % de la dose cutanée pour les cancers de l'amygdale. Il semble un peu plus élevé pour la région rétromolaire (de l'ordre de 70 %).

2. Champ lésionnel jugo-maxillaire hétéro-latéral : ses limites sont identiques. Le rendement tumoral tombe à 25 ou 30 %.

3. Champ endobuccal : le centrage se fait à l'aide de localisateurs métalliques qui protègent les tissus voisins. Le localisateur est muni d'un dispositif périscopique ou, du moins, d'un orifice latéral permettant de vérifier le centrage à l'aide d'un miroir laryngé et d'un miroir de Clar. Le diamètre utilisable en pratique est de 25 à 35 mm.

On utilise :

- soit la radiothérapie de contact (pour les formes superficielles) qui provoque une véritable radiocautérisation, avec un tube de Philipps ou de Chaoul;
- soit radiothérapie semi-pénétrante (120 à 150 KV);
- soit radiothérapie pénétrante (200 à 300 KV).

L'irradiation se fait chez un malade prémédiqué et après pulvérisation d'un anesthésique de contact, pour éviter le réflexe nauséeux.

On peut distribuer environ 100 r en 1 minute.

En fait, cette voie est souvent d'un emploi difficile, voire même impossible. Les lésions doivent être peu infiltrantes, peu étendues, de façon à être débordées par le champ d'irradiation, relativement planes pour augmenter l'homogénéité du rayonnement. La dose distribuée est plus élevée au centre du champ qu'à la périphérie. Il est donc difficile de calculer la dose donnée à la tumeur. Enfin, il peut être impossible de mettre en place le localisateur.

b) Irradiation des ganglions

Elle peut se faire de chaque côté par deux champs jugulo-carotidiens supérieur et inférieur. Elle doit être systématiquement associée à l'irradiation de la tumeur.

Les deux champs sont séparés par une horizontale passant à mi-hauteur du larynx. En arrière, on s'efforce d'éviter le rachis cervical. La chaîne spinale, qui est très rarement envahie, est à la limite postérieure

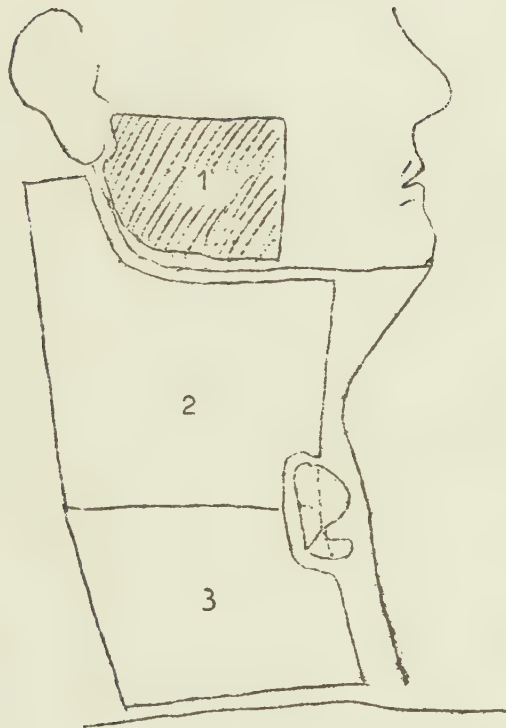


Figure 11

de la zone irradiée. La limite supérieure suit le bord inférieur de la mandibule dans ses deux tiers postérieurs, puis le bord postérieur de la branche montante jusqu'à la hauteur de la pointe de la mastoïde. Le bord inférieur répond au tiers interne du bord supérieur de la clavicule.

La dose à atteindre est de 4.000, 4.200 r/ganglions, pour les ganglions inférieurs qui sont plus superficiels et dont l'atteinte est peu fréquente. Pour le champ supérieur, il faudra atteindre 5.000 r, voire même 6.000 r, en étalant les doses (8 semaines) et en diminuant la taille des champs après 4.000 r.

Répartition des doses

On peut faire deux champs de 250 r/peau par jour. On alterne l'irradiation des divers champs, par exemple : un jour le champ tumoral + le champ ganglionnaire supérieur, un jour le champ ganglionnaire inférieur + le champ lésionnel hétéro-latéral.

Surveillance du malade

Le malade est vu chaque jour par le radiothérapeute qui assure le cadrage des champs. Chaque semaine, radiothérapeute et laryngologiste l'examinent conjointement.

La surveillance repose sur :

- le poids, l'état général, les numérations hebdomadaires,
- l'état de la peau et des muqueuses buccales,
- des modifications sur des clichés du maxillaire faits de 15 jours en 15 jours,
- enfin et surtout, l'évolution de la tumeur et des ganglions.

En fonction de ces données, le traitement sera, soit poursuivi, soit suspendu temporairement ou définitivement, soit modifié en faveur d'une autre méthode.

Des incidents et accidents peuvent en effet survenir.

Les uns sont banaux et contemporains du traitement : fatigue, anorexie, érythème, puis pigmentation cutanée, chute de la barbe, oedème ou rougeur de la muqueuse. Ils ne doivent pas arrêter le traitement. Il faut signaler aussi une asialie souvent tenace (1 an, 2 ans) et une agueusie parfois définitive.

Des complications graves peuvent imposer l'arrêt du traitement :
asthénie intense avec fébricule, anorexie totale avec vomissements répétés,
leucopénie à moins de 2.000 et neutropénie, radio-épidermite sévère, radio-
épithélite, desquamative, très douloureuse, entraînant une dysphagie totale.

B) Les supervoltages (cobalt, bétatron, accélérateur linéaire)

proposés récemment semblent présenter de grands avantages sur la
radiothérapie conventionnelle. Pour la télécobalthérapie, les avantages sont :

- le meilleur rendement en profondeur (85 % environ) pour un champ de
7 cm x 5 cm, à 80 cm de distance, et une source d'environ 2.000 curies;
- l'absorption homogène. Ce fait est intéressant, car l'absorption osseuse
par le maxillaire inférieur est beaucoup moins importante que par radio-
thérapie conventionnelle ou par curiethérapie;
- rayonnement diffusé latéral pratiquement inexistant, permettant une diminu-
tion importante du volume irradié;
- réactions cutanées des plus minimes, étant donné la situation du point
chaud (4 à 5 mm au-dessous de la peau).

III - Etude critique de la radiothérapie

Son avantage majeur est d'être presque toujours possible. Seules
la contre-indiquent une lésion ulcéreuse très étendue, une infection sévère,
ou une cachexie évidente.

Ses résultats sont difficiles à apprécier. Elle est souvent em-
ployée comme complément d'une autre méthode.

La radio-sensibilité est fréquente (surtout dans les formes bour-
geonnantes); la radio-curabilité ne s'observe que dans les formes superfici-
elles.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Les premières études importantes concernant les cancers buccaux
remontent au début de ce siècle, avec VALLAS et LATARJET d'une part, MORESTIN
d'autre part.

La mortalité immédiate élevée et les résultats lointains décevants conduisirent à abandonner à peu près totalement la chirurgie radicale, d'autant plus que l'avènement de la radiothérapie soulevait de grands espoirs. Aussi cette dernière fut-elle pratiquement le seul traitement entre 1920 et 1945.

L'apparition des antibiotiques, les progrès de l'anesthésie et de la réanimation, apportèrent un intérêt nouveau à la chirurgie radicale. Les interventions jadis décrites furent reprises et perfectionnées.

Le problème de la fermeture des muqueuses, négligé par VALLAS, conduisit à des pharyngoplasties cutanées, soit préparées dans un temps opératoire préalable (MILTON, EDGERTON), soit faites dans le même temps opératoire, avec une greffe cutanée libre apposée sur le peaucier préalablement décollé.

Telle est la "pharyngectomie latérale transmaxillaire avec pharyngoplastie immédiate" décrite par DARGENT en 1954 et dont nous rappellerons brièvement la technique.

Elle est pratiquée sous anesthésie générale par intubation, après trachéotomie faite, à la locale.

Incision cutanée curviligne, de la pointe de la mastoïde à la symphyse mentonnière.

Décollement du lambeau superficiel comprenant le peaucier, qui est soigneusement respecté.

Evidemment sous-maxillaire.

Ligature de la jugulaire interne et de la carotide externe, curage jugulo-carotidien haut.

Résection à la demande de l'angle de la mâchoire dégagé de ses insertions musculaires.

Résection des lésions sans se soucier des difficultés de fermeture de la brèche pharyngée.

Pharyngoplastie immédiate : le peaucier est disséqué de bas en haut, en conservant seulement un pédicule supérieur large, puis il est doublé de la greffe cutanée et suturé sur les bords de la brèche de pharyngotomie.

Fermeture.

Mise en place d'une sonde alimentaire (en 1954, DARGENT conseillait une gastrostomie).

L'évidement ganglionnaire carotidien est complété trois semaines plus tard.

Pour DARGENT, cette intervention est indiquée dans les cancers de l'amygdale, du sillon glosso-amygdalien, de la gencive postérieure et de la branche montante.

En 1959, BARBOSA, de Sao-Paulo, a décrit une nouvelle technique d'exérèse en monobloc.

Ses temps principaux sont les suivants :

1) Incision cutanée allant de la mastoïde à la clavicule avec une branche antérieure passant par la région sous-maxillaire, la symphyse mentonnière jusqu'au milieu de la lèvre inférieure.

2) Curage ganglionnaire complet, comprenant les groupes jugulo-carotidien, sous-trapézien et sous-maxillaire; il est fait de bas en haut; la jugulaire interne est liée à ses deux extrémités. La pièce est partout libérée, sauf au niveau de la mandibule.

3) Excision de la lésion primaire, avec :

- relèvement des téguments de la face; dégagant la branche horizontale et le masseter;
- section antérieure de la mandibule et du plancher de la bouche, en fonction du siège du néo;
- refoulement en dehors de la partie postérieure de la mandibule, permettant l'exérèse des lésions sous contrôle de la vue;
- section haute du masseter et du tendon du temporal;
- la désarticulation de la mandibule par torsion libère complètement la pièce.

4) Réparation :

Suture muqueuse complétée au besoin par une greffe de peau libre.
Suture cutanée.

Plusieurs remarques sont à faire sur ces interventions :

1) Elles sont logiques sur le plan cancérologique puisqu'elles enlèvent en un seul bloc la lésion et ses relais ganglionnaires (du moins le 1er relais).

2) La voie d'abord de BARBOSA donne un jour suffisant. Mais cette intervention va mettre en communication la bouche avec les gouttières vasculaires du cou dans toute leur étendue, d'où un risque de cellulite du cou et du médiastin, et d'ulcération carotidienne.

3) L'intervention de DARGENT, à l'inverse, a l'avantage de ménager les espaces cellulux de la base du cou.

Elles s'appliquent à des lésions fort différentes, les unes pharyngées, les autres buccales.

L'abord des néoplasies pharyngées est tout à fait satisfaisant, qu'il s'agisse de la partie latérale de la base de la langue, de l'amygdale, ou surtout du sillon glosso-amygdalien qui en est l'indication type.

Des problèmes un peu différents sont posés par les lésions plus antérieures : pilier antérieur, face interne de l'angle de la mandibule, fossette rétromolaire. Il est alors difficile de circonscrire la tumeur en avant. Dans le cas particulier du T R M, il faut :

- a) passer au large de la boule de Bichat qui doit être enlevée en masse;
- b) la loge massetérine étant souvent envahie, il faut réséquer le masseter avec la tumeur et non pas le ruginer et le laisser en place.

4) L'interruption de la continuité osseuse entraîne un préjudice esthétique et surtout un dysfonctionnement de l'articulation temporo-maxillaire du côté sain, facteur de douleurs et de gêne à la mastication. Aussi faut-il, si possible, conserver une attelle postérieure mandibulaire.

En conséquence, la technique la mieux adaptée nous semble être une bucco-pharyngectomie latérale avec ou sans interruption de la continuité mandibulaire.

1) Bucco-pharyngectomie avec interruption de la continuité osseuse

L'abord des lésions est rendu aisé par le décollement des téguments de la face, tel que le décrit Raymond BERNARD en 1933.

Après une trachéotomie sous ou trans-isthmique, à l'anesthésie locale, mise en place d'une canule à ballonnet gonflable et anesthésie générale en circuit fermé.

L'incision cutanée

Elle décrit une vaste courbe, depuis la pointe de la mastoïde, elle descend jusqu'au voisinage de l'os hyoïde, gagne la symphyse mentonnière et monte verticalement sur la ligne médiane jusqu'à la jonction cutané-muqueuse.

La section de la muqueuse labiale est décalée par rapport à la section cutanée (comme dans le Lemesurier), de façon à éviter une rétraction secondaire au niveau de la suture.

Dégagement du lambeau superficiel

Dans la région sus-hyoïdienne, le lambeau superficiel est libéré, avec le peaucier soigneusement conservé. On va jusqu'au bord inférieur du maxillaire inférieur.

Après mise en place d'un ouvre-bouche, on repère au doigt et à la vue la limite antérieure de la lésion. On incise verticalement la muqueuse à 2-3 cm en avant de la lésion, du sillon vestibulaire supérieur au sillon vestibulaire inférieur.

La face externe du maxillaire inférieur est dégagée au doigt ou à la rugine, jusqu'à cette ligne.

Plus en arrière, le décollement du lambeau est poursuivi dans le tissu cellulaire sous-cutané de façon à laisser avec la tumeur la boule de Bichat et la loge massétérine.

La partie inférieure de la parotide est séparée du masseter en avant, du sternocléidomastoïdien en arrière. La parotide ne sera suffisamment libérée qu'après la ligature et la section de la carotide externe.

Le lambeau est relevé et maintenu par des pinces de Chaput fixées aux champs.

Décollement de la face profonde de la sous-maxillaire

en respectant sa face supérieure, qui fait corps avec la tumeur, et son pôle postérieur.

Curage jugulo-carotidien haut

avec section du sternocléidomastoïdien et ligature de la jugulaire interne au niveau de l'os hyoïde et sous la base du crâne. Ligature et section de la carotide externe entre thyroïdienne supérieure et faciale.

Le tissu celluleux est décollé d'arrière en avant, et clivé de la parotide.

La carotide interne est repérée, puis dégagée le plus haut possible.

Exérèse des lésions

Elle comprend les temps suivants :

Section de la branche horizontale à la scie de Gigli, passant un peu en avant de la section muqueuse, de façon à pouvoir recouvrir facilement l'os. La tranche osseuse est arrondie et régularisée à la râpe, pour éviter une ulcération mécanique de la peau sur la tranche de section.

La partie postérieure de la mandibule est écartée en dehors. On peut alors, sous contrôle de la vue, circonscrire la tumeur en dedans, en sectionnant le plancher de la bouche dans toute son épaisseur, puis les muscles linguaux.

Section horizontale du masseter au bistouri électrique au-dessous de l'arcade zygomatique.

Désinsertion du tendon du temporal.

Section du col du condyle à la scie de Gigli, puis des ptérygoïdiens au bistouri électrique.

On termine l'exérèse en sectionnant aux ciseaux la paroi latérale du pharynx au niveau du pilier postérieur de l'amygdale, sans perdre de vue la carotide interne qui est très proche.

Parfois, l'exérèse doit être élargie en haut :

-- au niveau du voile du palais, qui peut être clivé entre les deux péristaphylins, ou réséqué dans toute son épaisseur;

- au niveau de la tubérosité du maxillaire supérieur.

Fermeture de la brèche buccopharyngée

1) La fermeture sans greffe est souvent possible, en dédoublant les muscles linguaux et en décollant la paroi postérieure du pharynx.

2) Une greffe cutanée libre est nécessaire :

- lorsqu'il existe une vaste brèche postérieure : la carotide interne peut être à nu dans le pharynx, il faut à tout prix la recouvrir.

- En cas d'amputation très large du plancher de la bouche et de la langue.

Il faut alors disséquer de bas en haut la face externe du peaucier, puis appliquer une greffe libre sur sa face profonde, greffe qu'on suture aux bords de la brèche.

Fermeture de la peau

en deux plans.

Mise en place d'une sonde alimentaire.

2) Buccopharyngectomie sans interruption de la continuité osseuse

L'incision, le relèvement des téguments de la face, le curage ganglionnaire sont faits comme dans l'intervention précédente.

Le masseter est ruginé à son extrémité antéro-inférieure, sectionné verticalement là où on veut faire porter la section osseuse, puis sectionné horizontalement au bistouri électrique au-dessous du zygoma.

Section du tendon du temporal.

Section osseuse, plus ou moins étendue en avant sur la branche horizontale, portant sur les deux tiers supérieurs de celle-ci et sur les deux tiers antérieurs de la branche montante.

Libération de la tumeur comme dans l'intervention précédente.

Lors de la fermeture, il faut à tout prix recouvrir l'os :

- en dedans, on appliquera le tissu sous-muqueux et les muscles linguaux maintenus par 2 ou 3 gros catguts passés autour de l'attelle osseuse;
- en dehors, on fera de même avec les plans superficiels;
- en arrière, on suture devant la tranche osseuse ce qui reste de ptérygoïdien interne et de masseter.

Fermeture de la peau.

Lorsque la résection osseuse est un peu insuffisante du point de vue carcinologique, on peut, à la manière d'AKERBLUM, compléter par une électrocoagulation de l'os. Celle-ci donnera un séquestre au bout de quelques semaines. Même si la continuité osseuse est alors interrompue, on aura évité des déformations importantes.

3) Les suites opératoires

Elles sont souvent simples. La canule est retirée au bout de 8 jours. La cicatrisation se fait en 2 à 3 semaines. La bouche est asymétrique, du fait de l'attraction du lambeau facial décollé vers le côté sain.

La déglutition reste perturbée assez longtemps lorsque l'exérèse de la base de la langue a été large, et ceci d'autant plus qu'il s'agit d'un sujet âgé.

La phonation est gênée lorsque la partie mobile de la langue a été suturée à la joue, mais la récupération est très rapide.

Des fistules du plancher de la bouche sont fréquentes lorsqu'on a interrompu la continuité de la mandibule, elles sont favorisées par une arête osseuse vive.

La mortalité post-opératoire est actuellement faible : elle est due à des hyperthermies précoces, à des délires aigus d'origine éthylique, à des complications pulmonaires.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Elles sont différentes pour les cancers superficiels et les cancers profonds.

LES CANCERS SUPERFICIELS

Ils peuvent guérir par les agents physiques.

1) Les petits cancers localisés à la commissure pourraient être traités avec succès par radiothérapie à 200 KV, par télécobalthérapie ou par le bétatron. Mais la surface irradiée apparaît considérable par rapport à la taille de la lésion, même en réduisant les champs au maximum. Il en résulte un volume-cible important, et le traitement n'est pas sans retentir parfois

sévèrement sur l'état général. La réaction locale est parfois très pénible. Le traitement est de longue durée : 2 à 3 mois, ce que certains malades admettent difficilement. Enfin, il existe un risque de radionécrose.

L'aiguillage est le traitement de choix. Il assure une irradiation peu homogène, mais parfaitement localisée à la zone à traiter. Ce traitement est de courte durée; l'ostéoradionécrose, si elle se produit, sera localisée au bord antérieur de la branche montante.

2) Cancers étendus et superficiels

Ils seront traités par radiothérapie pénétrante, ou mieux encore par télécobalthérapie ou bétatron, qui semblent diminuer le risque de radionécrose et accroître le confort du malade.

L'aiguillage n'est guère indiqué, du moins comme traitement initial, car il faudrait des doses élevées, d'où un très gros risque de radionécrose grave. La mise en place et surtout la contention d'aiguilles nombreuses (10, 12), peuvent être difficiles. Une irradiation non homogène favoriserait à la fois la radionécrose et la non-stérilisation du cancer.

Par contre, l'aiguillage peut être utilisé comme traitement complémentaire d'une lésion résiduelle traitée par radiothérapie, lésion qu'on pourrait éventuellement traiter aussi par électrocoagulation.

LES CANCERS PROFONDS

Ils posent des problèmes beaucoup plus difficiles. L'aiguillage laisserait évoluer le cancer en profondeur. La radiothérapie n'a jamais donné de guérison stable dans ces formes. Elle ne doit donc être qu'un traitement palliatif.

Elle reste la seule possibilité lorsque l'état général, l'âge, l'extension locale et ganglionnaire, ne permettent pas un traitement chirurgical.

La dose totale, à visée curative (16 à 20.000 r/peau), ne sera administrée que si elle n'entraîne pas de réaction locale ou générale trop importante. En cas d'asthénie importante, de réaction locale très douloureuse, il faut savoir sacrifier un résultat thérapeutique illusoire au confort du

malade. Le radiothérapeute devra suspendre la radiothérapie ou étaler les doses, associer un traitement médical, de façon à obtenir si possible une rémission locale transitoire, tout en évitant les accidents pénibles de la radiothérapie.

L'électrocoagulation (généralement suivie de radiothérapie) a été employée chez quelques malades. Elle n'a donné que des échecs. C'est une méthode aveugle, qui ne permet pas la destruction en profondeur de la lésion, en raison de la présence de vaisseaux importants. Son grand mérite est de soulager les douleurs chez certains sujets. Les nécroses osseuses qu'elle entraîne sont d'ailleurs à peu près indolores, ce qui les oppose aux radio-nécroses. Elle doit être considérée comme un traitement palliatif.

La chirurgie radicale reste la seule méthode peut-être efficace.

Elle a contre elle des suites difficiles, avec une mortalité opératoire assez élevée. S'il en était ainsi dans la première statistique de DARGENT, les observations récentes témoignent de suites plus heureuses et qui devraient encore s'améliorer si on opère des sujets qui n'ont pas eu de radiothérapie.

Plusieurs arguments militent en faveur de la chirurgie :

- 1) Les échecs des autres méthodes justifieraient à eux seuls d'autres tentatives thérapeutiques.
- 2) BARBOSA a obtenu des résultats assez encourageants par des exérèses très larges.
- 3) Douleurs et trismus sont très bien soulagés par l'intervention.

La chirurgie ne doit pas être le dernier recours chez un malade qui souffre.

Elle doit être envisagée dès qu'on a constaté qu'il s'agit d'un cancer profond.

La radiothérapie ne doit être que post-opératoire.

Les contre-indications à la chirurgie sont :

- parfois dues à l'état cardiaque, rénal, pulmonaire, hépatique, à l'âge du malade. La dénutrition et l'infection peuvent faire différer provisoirement l'intervention.

- les contre-indications locales sont difficiles à codifier :

a) Une radiothérapie massive n'est pas une contre-indication absolue, surtout si elle est terminée depuis plusieurs mois et que la peau a conservé une trophicité satisfaisante. Chez un malade à l'état général médiocre, elle conduit à l'abstention, au moins provisoire.

b) On reculera devant :

- . une extension à la peau de la joue et de la région massétérine,
- . une extension trop importante vers la fente pharyngée de la langue, vers la loge ptérygo-maxillaire.

TRAITEMENT DES ADENOPATHIES

Il faut distinguer deux cas :

1) On a pratiqué une exérèse radicale

a) S'il existe un ganglion cliniquement palpable ou si l'examen histologique a montré l'envahissement des ganglions enlevés avec la pièce, il faut faire un curage jugulo-carotidien bas, suivi de radiothérapie.

b) dans les autres cas, on se contente d'une surveillance régulière, l'apparition d'un ganglion imposant le même traitement que précédemment.

2) Après traitement par agents physiques ou électrocoagulation

Il faut s'assurer d'abord - c'est fondamental - que la lésion primaire est contrôlée. Si elle ne l'est pas, il faut en reprendre le traitement et envisager ensuite celui des ganglions.

a) En l'absence de ganglion palpable : le curage systématique homolatéral est d'une utilité discutée. DEBAIN en est partisan, BARBOSA et HAYES MARTIN le déconseillent. Si on le fait, il faut conserver le spinal. La radiothérapie systématique des aires ganglionnaires est également d'un intérêt discuté.

b) En présence d'une adénopathie clinique, plusieurs cas sont à distinguer :

- adénopathie unilatérale : curage homolatéral avec sacrifice du XI suivi de radiothérapie;

- Adénopathie bilatérale : le sacrifice des deux jugulaires internes dans le même temps opératoire est redoutable et ne doit plus être pratiqué. Il faut donc :

- . ou bien faire les deux curages à trois semaines d'intervalle, en sacrifiant les deux jugulaires. On commence par le côté le plus atteint;
- . ou bien faire un curage bilatéral dans le même temps opératoire, en conservant la jugulaire du côté le moins atteint. On commence par ce dernier côté. Si on est obligé de sacrifier la jugulaire, on remet à plus tard le traitement du côté le plus atteint.

Là encore, la radiothérapie post-opératoire doit être systématique.

- Adénopathie inextirpable : il faut revoir le malade après 3.000 r. On aura parfois la surprise de constater que l'exérèse est devenue possible. Sinon, on continue la radiothérapie.

RESULTATS

Dans les cas relevés à l'Hôpital Saint-Antoine, sur 12 cas, nous trouvons :

- 4 décès
- 4 malades traités mais non guéris
- 2 malades stabilisés après 2 et 3 ans
- 2 malades perdus de vue.

Dans la série de Lariboisière, sur 5 cas :

- 1 guérison
- 2 décès
- 1 récurrence locale
- 1 malade stabilisé depuis 1 an.

Dans la série de la Fondation Curie, sur 18 cas :

- 15 décès,
- 2 guérisons à 5 ans et plus
- 1 décès à 5 ans d'une autre cause.

Dans la série de Boucicaut, sur 7 cas :

2 décès

2 guérisons

1 malade vivant mais non guéri à 5 ans

2 malades perdus de vue.

Les résultats globaux sont donc très décevants. Sur 42 observations :

- 23 morts, en 12 à 18 mois, en moyenne. 22 fois, il s'agissait de récurrence ou de non-stérilisation locale; 1 fois, la lésion locale était contrôlée, mais des adénopathies multiples et bilatérales ont évolué vers l'ulcération et la mort.
- 1 mort 5 ans après d'une autre cause.
- 5 malades sont en récurrence locale.
- 1 est vivant mais non guéri à 6 ans (récurrence locale).
- 3 ont été perdus de vue.
- 4 vont bien mais le recul est insuffisant.
- 5 sont considérés comme guéris après 5 ans. Il s'agissait toujours d'une forme superficielle (très localisée dans un cas, étendue à la muqueuse de voisinage dans 4 cas). L'adénopathie était absente 4 fois, présente 1 fois; elle avait disparu lors des examens ultérieurs.

Le traitement était 3 fois la curiethérapie, 2 fois la radiothérapie.

Une fois, il s'agissait d'une double localisation de type histologique semblable (commissure d'un côté, plancher de la bouche du côté opposé). Une fois, le malade avait présenté plusieurs années auparavant un épithélioma baso-cellulaire de l'hélix, qui avait guéri.

Nous n'avons pas observé la guérison de cancers creusants.

*
* *

O B S E R V A T I O N S

OBSERVATION N° 1 - X... (Dr LABAYLE)

Homme de 59 ans, présentant une petite lésion bourgeonnante de 2 mm de diamètre, dans la commissure inter-maxillaire, sans adénopathie. La lésion est superficielle et parfaitement mobile. Biopsie; épithélioma spino-cellulaire. Aiguillage avec 4 aiguilles de 2 mg de Ra pendant 5 jours. Electrocoagulation de la cicatrice 3 mois plus tard. Guérison à 6 ans.

OBSERVATION N° 2 - GUI... (Fondation Curie)

Homme de 57 ans : quelques douleurs irradiant vers l'oreille. Ulcération superficielle, légèrement végétante, de 6 à 8 mm de diamètre, parfaitement souple au toucher. Pas d'adénopathie. Biopsie : épithélioma spino-cellulaire. Radiothérapie conventionnelle à 6.500 r/T; disparition complète de la lésion, achromie à ce niveau, aspect papillomateux de voisinage. Guérison à 5 ans.

OBSERVATION N° 3 - LOR... (Fondation Curie)

Homme de 55 ans, présentant :

- 1) une lésion ulcéro-végétante superficielle du T R M, étendue vers la joue et la face interne de la gencive; à la radio : aspect grignoté du rebord alvéolaire;
- 2) une autre localisation au plancher de la bouche du côté opposé. Pas d'adénopathie, mais sous-maxillite probable. Biopsie; épithélioma épidermoïde.

Radiothérapie transcutanée et endobuccale : disparition de l'ulcération, petite infiltration persistante. Après les rayons, évidemment jugulo-carotidien complet du côté de la lésion et sous-maxillaire bilatéral. Guérison à 6 ans.

OBSERVATION N° 4 - EL... (Dr LEROUX ROBERT)

Homme de 56 ans, présentant des douleurs et un trismus deux mois après l'extraction d'une dent de sagesse. On trouve du même côté une lésion bourgeonnante du T R M atteignant le pilier antérieur, le rebord alvéolaire inférieur et la joue. Il existe deux petits ganglions, l'un sous-angulo-maxillaire, l'autre cervical plus bas situé. Pas de biopsie dans le dossier. Aiguillage : 10 aiguilles de Ra, totalisant 12,6 mcd. Guérison. Apparition quelques mois plus tard d'une ulcération torpide du fond du vestibule buccal. Guérison à 5 ans.

OBSERVATION N° 5 - DEF... (Dr LEROUX ROBERT)

Homme de 66 ans, ayant présenté un épithélioma baso-cellulaire de l'hélix. Lésion bourgeonnante intéressant le T R M, le pilier antérieur, la partie antérieure du sillon amygdalo-glosse et la joue, mais peu infiltrante. Pas d'adénopathie. Biopsie : épithélioma épidermoïde. Curiethérapie : 4 aiguilles de Ra totalisant 15,87 mcd. Bon résultat; la zone puncturée est aplatie, aucune infiltration au toucher. Radiothérapie complémentaire. Un an après, apparaît une zone nécrotique à la base du pilier antérieur, puis sur la branche horizontale. 5 ans après, le cancer est guéri, mais il existe une radio-nécrose avec séquestre.

OBSERVATION N° 6 - PI... (Dr LEROUX ROBERT)

Homme de 71 ans, présentant une lésion serpigineuse du T R M, étendue à la joue, au rebord alvéolaire, à l'amygdale et au voile. Pas d'adénopathie.

Biopsie : épithélioma épidermoïde. Curiethérapie : 10 aiguilles de Ra, totalisant 10,98 mcd. Bon résultat. Six mois après, une lésion vélo-palatine impose une puncture complémentaire (17 mcd) : il s'agissait en fait d'un papillome corné. Un an après : nouvelle zone dysplasique dans le sillon gingivo-jugal : abstention. Trois ans après : récidence au niveau de la joue et du palais; bon résultat par la radiothérapie, mais le recul est insuffisant.

OBSERVATION N° 7 - KER... (Fondation Curie)

Homme de 75 ans : lésion d'aspect papillomateux intéressant le T R M et la joue. Radiothérapie (12.500 r) : disparition de la lésion, mais des douleurs persistent, du trismus apparaît, on découvre alors un séquestre. Décès par accident vasculaire 5 ans plus tard.

OBSERVATION N° 8 - X... (Dr LABAYLE)

Femme de 36 ans : petite tumeur infiltrante de la commissure intermaxillaire. Biopsie : cylindrome. Electrocoagulation large. 4 mois plus tard, récurrence jugale : nouvelle électrocoagulation. Un an plus tard, on constate une extension considérable vers la fosse ptérygo-maxillaire, la région massétérine et la joue. Une nouvelle biopsie confirme qu'il s'agit bien d'un cylindrome. Nouvelle électrocoagulation, qui est suivie d'une stabilisation pendant un an, puis une nouvelle récurrence avec diffusion multiple rend toute thérapeutique chirurgicale impossible. Décès 3 ans après le début.

OBSERVATION N° 9 - CAS... (Fondation Curie)

Homme de 59 ans : lésion végétante et ulcérée étendue au pilier et au voile, avec adénopathie jugulo-carotidienne haute. Radiothérapie de contact : 20.000 r. Disparition des lésions buccales, mais petit reliquat ganglionnaire; 6 mois après, récurrence avec douleurs, trismus discret, zone ulcéro-nécrotique. Décès 14 mois après le début.

OBSERVATION N° 10 - PET... (Fondation Curie)

Homme de 51 ans, présentant otalgie, trismus léger, lésion ulcéro-infiltrante, occupant tout le T R M et étendue jusqu'au voisinage du bord libre du pilier antérieur, avec un ganglion sous-maxillaire d'allure banale. Radiothérapie à 200 KV : disparition apparente des lésions. Six mois plus tard, une récurrence locale fait pratiquer une résection du maxillaire inférieur après fente de Jaeger. Nouvelle récurrence. Décès 17 mois après le début.

OBSERVATION N° 11 - (Fondation Curie)

Homme de 51 ans : lésion ulcéro-végétante intéressant le T R M, le vestibule buccal où elle prend un aspect fissuraire, la gencive. Sur les

clichés, flou du bord antérieur de la branche montante. Un ganglion carotidien haut. Biopsie : épithélioma malpighien spino-cellulaire. Radiothérapie : régression partielle, mais il persiste un épaississement du bord antérieur de la branche montante. Deux mois plus tard : otalgie, ulcération et infiltration diffuse. Décès 14 mois après le début.

OBSERVATION N° 12 - BOU... (Fondation Curie)

Homme de 40 ans, adressé pour un accident de la dent de sagesse : on trouve une ulcération anfractueuse atteignant la joue et les dernières molaires supérieure et inférieure. Trismus serré. Pas d'adénopathie. Biopsie : épithélioma atypique d'origine épithéliale. La radiothérapie pénétrante ne donne aucune amélioration : douleurs et trismus augmentent, l'ulcération s'étend. Arrêt du traitement. Mort 14 mois après.

OBSERVATION N° 13 - PIE... (Fondation Curie)

Homme de 66 ans : lésion serpigineuse étendue vers la joue, sans induration. Adénopathie sous-angulo-maxillaire bilatérale. Biopsie : épithélioma spino-cellulaire parakératosique. Roentgenthérapie pénétrante : 28.000 r. Persistance d'une induration jugale, puis trismus. Décès en 30 mois.

OBSERVATION N° 14 - HER... (Fondation Curie)

Homme de 68 ans : volumineuse lésion ulcéro-infiltrante étendue à la joue, à l'amygdale et au voile, avec douleur, trismus serré, gêne à la protraction de la langue. Pas d'adénopathie. Biopsie : épithélioma intermédiaire. La radiothérapie donne des résultats inespérés et une survie de 3 ans et 3 mois.

OBSERVATION N° 15 - HRE... (Fondation Curie)

Homme de 54 ans : lésion serpigineuse, étendue vers le pilier et le voile. Pas d'adénopathie. Biopsie : épithélioma épidermoïde parakératosique. Roentgenthérapie : d'abord régression, puis récidence dans la région rétromolaire supérieure. Décès 16 mois après le début.

OBSERVATION N° 16 - THI... (Fondation Curie)

Homme de 67 ans : ulcération étendue au pilier et à la joue, avec léger trismus et adénopathie carotidienne. Biopsie : épithélioma épidermoïque peu différencié. Après roentgenthérapie suivie de cobalthérapie, les lésions disparaissent, sauf un nodule au pied du pilier antérieur. Un an après, séquestre par radionécrose. Décès 4 ans 1/2 après, par tumeur médiastinale probablement métastatique.

OBSERVATION N° 17 - BIC... (Fondation Curie)

Homme de 67 ans : trismus modéré, ulcération étendue à la joue et à la pente pharyngée, et une adénopathie sous-angulo-maxillaire. Biopsie non retrouvée. Télécuriethérapie (870 mcd) : amélioration au niveau de la langue, mais le trismus est inchangé. Nouvelle télécuriethérapie sur le T R M (270 mcd), puis radiothérapie (1.000 r) sur la langue. Décès 17 mois après le début, par ramollissement cérébral.

OBSERVATION N° 18 - JAC... (Fondation Curie)

Homme de 62 ans : lésion ulcéro-végétante, étendue au pilier antérieur et au sillon maxillo-jugal supérieur, sans adénopathie. Biopsie : épi épidermoïde. Roentgenthérapie (11.000 r) : parfaite cicatrisation, léger épaissement du masseter. Trois mois après, ulcération d'allure nécrotique. Décès 13 mois après, probablement par épithélioma bronchique.

OBSERVATION N° 19 - MER... (Fondation Curie)

Homme de 62 ans : lésion ulcéro-bourgeonnante étendue à la face interne de l'angle, au pilier antérieur et au voile. Trismus serré. Petite adénopathie. Biopsie : épithélioma spino-cellulaire. Régression partielle (persistance de deux ulcérations à la commissure et au pilier antérieur). Décès 14 mois après.

OBSERVATION N° 20 - BON... (Fondation Curie)

Homme de 49 ans : lésion ulcéro-végétante, étendue aux rebords alvéolaires supérieur et inférieur, au voile, au pilier antérieur et à la joue. Adénopathie sous-angulo-maxillaire et maxillaire; trismus léger. Biopsie:

épithélioma épidermoï-parakératosique. Traitement : 5.000 r/Tumeur et 4.000 r/ganglion. D'abord régression, puis récurrence ulcéreuse. Décès 16 mois après.

OBSERVATION N° 21 - EUD... (Fondation Curie)

Homme de 51 ans : lésion ulcéro-végétante, étendue à la face interne de la mandibule, au voile et à la joue. Adénopathie sous-angulo-maxillaire et jugulo-carotidienne. Biopsie : épithélioma spino-cellulaire. Après roentgenthérapie (23.000 r, mais traitement irrégulier) : régression mais persistance d'une ulcération et d'un léger trismus. Aggravation. Décès en 16 mois.

OBSERVATION N° 22 - TER... (Fondation Curie)

Femme de 58 ans : lésion ulcéro-végétante, étendue au pilier et au fond du vestibule, avec léger trismus. Pas d'adénopathie. Biopsie : épithélioma spino-cellulaire. Electrocoagulation, puis roentgenthérapie. Cicatrisation complète, mais persistance du trismus. Trois mois après, épaississement sous-muqueux au niveau de la commissure, puis ulcération à ce niveau. Décès 30 mois après le début.

OBSERVATION N° 23 - ALL... (Hôpital Boucicaut)

Homme de 61 ans : lésion ulcéreuse étendue à la joue, au pilier, à l'amygdale, trismus serré, adénopathie sous-angulo-maxillaire. Biopsie : épithélioma épidermoïde. Pas de régression nette par la radiothérapie. Décès en 10 mois.

OBSERVATION N° 24 - LEC... (Hôpital Boucicaut)

Homme de 25 ans : ulcération creusante étendue au pilier, à l'amygdale et à la joue, avec douleurs vives et trismus serré. Adénopathie sous-maxillaire. Biopsie : épithélioma épidermoïde très infiltrant. La roentgenthérapie a peu d'effet. On pratique alors une résection du maxillaire inférieur. L'examen de la pièce montre un envahissement massif des ptérygoïdiens, du tissu cellulaire et de l'os. Puis reprise de la roentgenthérapie. Bon résultat local. Métastase pulmonaire. Décès au bout de 16 mois.

OBSERVATION N° 25 - SAN... (Hôpital Lariboisière)

Homme de 62 ans : ulcération étendue au fond du vestibule et à la face interne de l'angle. Trismus. Pas d'adénopathie. Biopsie : épithélioma épidermoïde. Intervention de DARGENT. Trois mois après, fistule à l'angle de section de la branche horizontale. Récidive. Décès 15 mois plus tard.

OBSERVATION N° 26 - PAU... (Hôpital Saint-Antoine)

Homme de 51 ans. Ulcération étendue au pilier antérieur. Adénopathie sous-maxillaire. Biopsie : épithélioma malpighien spino-cellulaire. Electrocoagulation suivie 15 jours après de curage ganglionnaire. Récidive locale. On pratique alors une pharyngectomie transmaxillaire après incision de Raymond BERNARD. Apparition d'une vaste ulcération latéro-cervicale droite. Décès par hémorragie 9 mois après le début.

OBSERVATION N° 27 - THA... (Hôpital Saint-Antoine)

Homme de 56 ans, envoyé par le stomatologiste pour une lésion ulcéro-bourgeonnante du T R M étendue jusqu'au pilier antérieur. Adénopathie sous-angulo-maxillaire. Biopsie : épithélioma spino-cellulaire. Aiguillage (5 aiguilles de 2 mg). Mort subite 24 heures après.

OBSERVATION N° 28 - DUM... (Hôpital Saint-Antoine)

Homme de 61 ans : lésion ulcéro-bourgeonnante du T R M étendue à la face interne de la joue. Volumineuse adénopathie. Biopsie : épithélioma spino-cellulaire. Mauvais état général. Pas d'amélioration après 3.000 r/
Tumeur. Mort par cachexie.

OBSERVATION N° 29 - FRE... (Hôpital Saint-Antoine)

Homme de 63 ans : bourgeon du T R M étendu à la face interne du rebord alvéolaire inférieur. Pas d'adénopathie. Biopsie : épithélioma spino-cellulaire. Electrocoagulation reprise six semaines plus tard lors d'un curage ganglionnaire total. Décès 8 jours après dans un tableau d'azotémie, 14 mois après le début.

OBSERVATION N° 30 - QUE... (Fondation Curie)

Homme de 53 ans, vient consulter pour des adénopathies multiples et bilatérales métastatiques d'un épithélioma spino-cellulaire. L'examen otopharyngé est alors négatif. Roentgenthérapie sur les aires ganglionnaires. Ce n'est que secondairement qu'on constate une double localisation : au sillon glosso-amygdalien et à la fossette rétromolaire. Disparition des lésions oropharyngées par la radiothérapie, persistance de volumineux ganglions. Décès au bout de 5 mois (ulcérations cervicales).

OBSERVATION N° 31 - BAD... (Hôpital Lariboisière)

Homme de 53 ans : lésion ulcéreuse étendue vers la joue et le pharynx, trismus, pas d'adénopathie. Electrocoagulation et curage ganglionnaire systématique. Actuellement, récurrence locale avec fistule cutanée sous-angulo-maxillaire. Biopsie : épithélioma spino-cellulaire.

OBSERVATION N° 32 - ALT... (Hôpital Saint-Antoine)

Homme de 60 ans. Bourgeonnement étendu au voile et à la joue. Radio de la mandibule : normale. Pas d'adénopathie. Biopsie : épithélioma spino-cellulaire. Coesium radio-actif. Disparition du bourgeonnement, mais apparition d'une ulcération rétromolaire. Actuellement, énorme ulcération de la loge ptérygo-maxillaire.

OBSERVATION N° 33 - BAG... (Hôpital Saint-Antoine)

Homme de 63 ans : vaste ulcération étendue au rebord alvéolaire et au voile. Aiguillage; 10 jours après, coagulation d'un résidu lésionnel, puis radiothérapie. Apparition d'un ganglion, alors que la radiothérapie est en cours. Curage ganglionnaire. Bon résultat local. Deux ans après, récurrence jugale avec vaste ulcération cutanée.

OBSERVATION N° 34 - CHE... (Hôpital Saint-Antoine)

Homme de 67 ans : trismus lié à une fracture par balle de la mandibule en 1914. Douleurs très violentes, lésion très étendue, semble-t-il. Adénopathie sous-angulo-maxillaire. Biopsie : épithélioma spino-cellulaire. Intervention de DARGENT : disparition des douleurs, mais récurrence au 5ème mois.

OBSERVATION N° 35 - MAI... (Hôpital Lariboisière)

Homme de 65 ans : ulcération étendue au pilier antérieur, trismus. Adénopathie douteuse. Biopsie : épithélioma spino-cellulaire. Electrocoagulation. Va bien 6 mois après.

OBSERVATION N° 36 - BRE... (Hôpital Saint-Antoine)

Femme de 63 ans : bourgeonnement d'aspect papillomateux étendu à la joue et à la branche horizontale. Adénopathie sous-maxillaire et jugulo-carotidienne. Biopsie : épithélioma spino-cellulaire. Aiguillage (20 mcd), trois mois après curage et électrocoagulation d'un reliquat. Roentgenthérapie en cours. Evolue depuis deux ans.

OBSERVATION N° 37 - CAR... (Hôpital Saint-Antoine)

Homme de 69 ans : ulcération étendue à la commissure et au pilier. Adénopathie sous-angulo-maxillaire. Aiguillage puis radiothérapie, puis coagulation d'un reliquat au niveau de la commissure. L'adénopathie a disparu. Va bien, mais recul insuffisant.

OBSERVATION N° 38 - LEL... (Hôpital Saint-Antoine)

Homme de 73 ans : lésion serpigineuse superficielle, étendue à la joue, au pilier, à la gencive, au plancher de la bouche. Pas d'adénopathie. Biopsie : épithélioma spino-cellulaire. Electrocoagulation et aiguillage d'une zone douteuse au niveau du palais osseux. Radionécrose de l'angle. Guérison après ablation du séquestre. Va bien 2 ans après.

OBSERVATION N° 39 - EGI... (Hôpital Saint-Antoine)

Homme de 60 ans. Bourgeonnement étendu à la joue, au pilier antérieur, au voile, au sillon amygdalo-glosse. Adénopathie inflammatoire. Biopsie : épithélioma spino-cellulaire. Intervention de DARGENT. Six mois plus tard, récurrence massive. Malade perdu de vue, probablement décédé.

OBSERVATION N° 40 - VIA... (Hôpital Saint-Antoine)

Homme de 66 ans. Ulcération rétromolaire traitée par électrocoagulation. Récidive pour laquelle on fait une résection du maxillaire inférieur. Suites normales. Malade perdu de vue.

OBSERVATION N° 41 - PET... (Hôpital Boucicaut)

Homme de 62 ans. Ulcération étendue à la joue et au pilier antérieur, sans adénopathie. Biopsie : épithélioma spino-cellulaire. Curiothérapie : 8 aiguilles (10,18 mcd). Bon résultat immédiat : cicatrice blanchâtre, mais ulcération au pied du pilier antérieur (nécrose ?). Un an après : adénopathie sous-angulo-maxillaire fixée, état buccal satisfaisant. Malade perdu de vue.

OBSERVATION N° 42 - MAU... (Hôpital Boucicaut)

Homme de 61 ans. Ulcération étendue à la joue, au voile, au pilier, à l'amygdale, sans adénopathie. Trismus serré. Biopsie : épithélioma spino-cellulaire. Roentgenthérapie : 16.300 r. Amélioration. Une ulcération résiduelle sur la branche montante est électrocoagulée. Six mois après, récurrence rétromolaire électrocoagulée. Un an après, récurrence au pilier antérieur : aiguillage. Radionécrose étendue. Extension à la joue. Malade perdu de vue, probablement mort.

*

* *

C O N C L U S I O N S

Le cancer du triangle rétro-molaire se développe dans une région de passage entre l'oropharynx et la face, ce qui explique son extension dans ces deux directions.

Il s'étend en surface et en profondeur.

Le cancer en surface reste limité aux plans muqueux et sous-muqueux, sans franchir le buccinateur.

Le cancer profond, traversant la frêle barrière que constitue le buccinateur, diffuse dans la joue, la région massétéline et l'espace maxillo-pharyngien.

Les formes profondes sont surtout caractérisées par la douleur et le trismus.

Le cancer superficiel doit être traité par aiguillage s'il est localisé, par radiothérapie s'il est étendu.

Il peut guérir parfois, au prix d'une ostéoradionécrose.

La présence d'une adénopathie est un facteur aggravant.

Le pronostic est dominé par la possibilité d'évolution secondaire en profondeur.

Le cancer profond n'a, à notre connaissance, donné que des échecs. La radiothérapie et les agents physiques n'ont jamais permis d'obtenir de guérison.

Il est donc inutile d'imposer au malade des doses élevées, soi-disant curatives. On se contentera de radiothérapie palliative, en tenant compte du confort du malade.

La chirurgie large, pratiquée trop tardivement, après échec de la radiothérapie, ou dans un but antalgique, n'a donné que des insuccès.

Cependant, dans les cancers profonds, quelques résultats encourageants, mais n'ayant pas encore un recul suffisant, ont été obtenus dans certains cas de chirurgie large, faite le plus précocement possible, suivie de radiothérapie.

Vu, le Président de Thèse :

Professeur AUBRY

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur G. BROUET

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

ABOULKER

Thèse : Cancer du M.I.

BARBOSA

J.A.M.A. 1959.

BERNARD Raymond

Presse Médicale. Voie d'abord de la face par décollement des téguments (1933). Thèse 1927.

CERNEA

Thèse.

CACHIN, CHENE et Coll.

Cancers multiples.

DEBAIN

Conférence au Collège de Médecine des Hôpitaux.

DARGENT

Traitement des Cancers du plancher de la bouche (Masson)
J. de Chirurgie, 1954.

ENNUYER

Cancer de l'amygdale.

FRIEZ

Revue des Hôpitaux Civils et Militaires, 1960.

LABAYLE

Conférence au Collège de Médecine des Hôpitaux.

MOULONGUET

Traitement par électrocoagulation des cancers oropharyngés.
Masson, Tumeurs Humaines.

POIRIER

Traité d'Anatomie.

ROUVIER

- Traité d'Anatomie
- Anatomie des lymphatiques.



EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13°
TELEPHONE
535: 18-93
535: 18-62